

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY  
V PRAZE

**Diplomová práce**

Bc. Aneta Unzeitigová

**Emoční prožívání pacientů s chronickým renálním selháním**

Emotional experience in patients with chronic renal failure

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

*Tímto bych chtěla poděkovat především své školitelce paní PhDr. Tamaře Hrachovinové za její cenné rady a připomínky v průběhu psaní mé diplomové práce. Dále pak paní PhDr. Marcelu Znojové za její ochotu a výpomoc s realizací výzkumného šetření v dialyzačním středisku FN Motol v Praze, rovněž i paní primárce prof. MUDr. Sylvii Dusilové-Sulkové za zprostředkování výzkumného šetření v dialyzačním středisku ve FN v Hradci Králové, panu primáři MUDr. Romanovi Štilecovi za schválení mého výzkumného šetření v dialyzačním středisku Krajské nemocnice v Pardubicích a paní MUDr. Aleně Paříkové za povolení výzkumu v hemodialyzačním středisku v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. V neposlední řadě bych ráda poděkovala zdravotnickému personálu dialyzačních středisek za jejich vstřícnou pomoc, pacientům, kteří se výzkumného šetření ochotně účastnili, a rovněž své rodině za pomoc a podporu v průběhu psaní mé diplomové práce i v průběhu mého celého vysokoškolského studia.*

***Prohlášení:***

*Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze, dne 10. prosince 2015*

.....

*Jméno a příjmení*

**Klíčová slova (česky)**

*Emoce, emoční prožívání, deprese, úzkost, hněv, alexithymie, chronická nemoc, chronické renální selhání, dialýza, hemodialýza, transplantace.*

**Klíčová slova (anglicky)**

*Emotion, emotional experience, depression, anxiety, anger, alexithymia, chronic disease, chronic renal failure, dialysis, hemodialysis, transplantation.*

## **Abstrakt**

Práce pojednává o problematice emočního prožívání u pacientů s chronickým renálním selháním. Klade si za cíl sledovat míru pozitivního a negativního emočního prožívání, přítomnost depresivních a úzkostných symptomů, míru hněvivosti a alexithymie u pacientů trpících chronickým renálním selháním a léčených hemodialýzou. Teoretická část shrnuje dosavadní odborné poznatky dané problematiky a část výzkumná popisuje statistické měření a porovnání vybraných proměnných emočního prožívání u výzkumného souboru.

Teoretická část je strukturována do 4 dílčích kapitol, z nichž první pojednává o medicínských aspektech chronického renálního selhání a jeho léčbě. Druhá kapitola rozebírá vyrovnávání se s nemocí, vymezuje psychologické aspekty chronického onemocnění a popisuje pacientovo subjektivní vnímání nemoci a postoje k nemoci. Třetí kapitola shrnuje definice emocí a emočního prožívání a vymezuje nejuznávanější teorie vzniku emocí. Čtvrtá kapitola popisuje problematiku emočního prožívání nemoci, faktory ovlivňující emoční prožívání nemoci a dále pojednává o depresi, úzkosti, hněvu a alexithymii, v závěru se zaměřuje na aktuální výzkumy v této oblasti.

Výzkumná část je věnována empirickému šetření dané problematiky, popisuje cíle a průběh výzkumu, metody sběru dat, výzkumný soubor, statistickou analýzu dat, interpretuje výsledky a v závěru diskutuje o přínosech i limitech výzkumného šetření. Jednalo se o kvantitativní výzkum, který byl realizován formou dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal v dialyzačních střediscích a zúčastnilo se ho 68 pacientů s diagnózou chronického renálního selhání. Výstupem statistické analýzy dat byla zjištění rozdílů v souboru a korelačních vztahů mezi vybranými proměnnými. Rozdíly se projevovaly u deprese, u pacientů čekajících na transplantaci byla významně nižší než u těch, kteří na ni nečekají, a u pacientů s komorbiditou byla míra deprese významně vyšší než u těch, kteří jiným onemocněním netrpí. Deprese také významně korelovala s věkem pacientů, nikoliv však s délkou trvání hemodialýzy.

**Abstract:**

The diploma thesis deals with the emotional experience of patients with chronic renal failure. It aims to explore positive and negative emotional experiences, the presence of depressive and anxiety symptoms, the degree of anger and alexithymia in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. The theoretical part summarizes previously published theoretical knowledge in this area and the empirical part describes the statistical measurement and comparison of selected variables of emotional experience in the research sample.

The theoretical part is divided into 4 chapters, the first of them deals with the medical aspects of chronic renal failure and its treatment. The second chapter deals with the coping with illness, defines psychological aspects of chronic disease and describes the patient's subjective perception of the disease and attitudes towards the disease. The third chapter summarizes the definitions of emotions and emotional experience and defines the most respected theories of emotion. The fourth chapter describes the emotional experiences of illness, factors affecting the emotional experience of illness and deals with depression, anxiety, anger and alexithymia, at the end focuses on current research in this area.

The empirical part is devoted to the empirical investigation of the subject, describes the objectives of the research, its course, the methods used, research sample, statistical data analysis, and interpretation of the results and finally includes a discussion about the benefits and limitations of the research. The quantitative research was conducted by questionnaire survey. The data were collected in dialysis centers and it were attended by 68 patients diagnosed with chronic renal failure. The outcome of statistical analysis was to determine the differences in the sample and the correlation relationships between selected variables. The differences were manifested in depression. Patients waiting for a transplant were significantly lower depressive than those who are not waiting. And patients with comorbidity were significantly more depressive than those who don't suffer from other diseases. Depression also correlated significantly with the age of patients, but not with the duration of hemodialysis.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>12</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>15</b>
1. <i>Chronické renální selhání</i>	15
1.2. Ledviny a jejich funkce (dysfunkce)	15
1.3. Selhání ledvin (Chronická renální selhání)	18
1.3.1. Definice	18
1.3.2. Rozvoj a stádia chronického renálního selhání	20
1.3.3. Prevalence	23
1.3.4. Příčiny terminálního selhání ledvin	23
1.3.5. Další riziková onemocnění a komorbidita	24
1.4. Terapie chronické renálního selhání	26
1.4.1. Konzervativní léčba CHRS	27
1.4.1.1. Dieta při léčbě krevní dialýzou	28
1.4.2. Možnosti náhrady funkce ledvin	28
1.4.2.1. Dialyzační metody léčby selhání ledvin	29
1.4.2.2. Transplantace	31
2. <i>Vyrovňávání se s nemocí:</i>	35
2.1. Vymezení somatické nemoci	35
2.2. Adaptace na nemoc	36
2.3. Postoj pacienta k nemoci	40
2.4. Pacientovo pojetí nemoci	41
3. <i>Emoce a emoční prožívání</i>	46
3.1. Definice emocí	46
3.2. Klasické teorie a současné pojetí	47
4. <i>Emoční prožívání nemoci</i>	54
4.1. Faktory ovlivňující prožívání nemoci	55
4.2. Deprese a depresivní nálada	56
4.2.1. Definice deprese a depresivní nálady	57
4.2.2. Projevy deprese	59
4.2.3. Diagnostické jednotky deprese	60
4.2.4. Etiologie a prevalence deprese	61
4.2.5. Deprese u pacientů se somatickým onemocněním	62
4.2.6. Metody měření deprese	63
4.3. Úzkost a úzkostné poruchy	64
4.3.1. Definice úzkosti	65
4.3.2. Dělení úzkostí	67
4.3.3. Etiologie a prevalence úzkostných poruch	69
4.3.4. Metody měření úzkosti	70
4.4. Hněv	71
4.4.1. Definice hněvu	71

4.4.2.	Projevy hněvu	73
4.4.3.	Metody měření hněvu	73
4.5.	Alexithymie	74
4.5.1.	Definice alexithymie	74
4.5.2.	Projevy alexithymie	75
4.5.3.	Možné příčiny vzniku alexithymie	76
4.5.4.	Druhy alexithymie	77
4.5.5.	Metody měření alexithymie	78
4.6.	Výzkumy emočního prožívání u pacientů s chronickým onemocněním	78
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b>		<b>82</b>
5.	<i>Výzkum emočního prožívání pacientů s CHRS procházejících hemodialýzou</i>	82
5.1.	Vymezení výzkumného problému	82
5.2.	Výzkumné otázky a cíle	83
5.3.	Průběh výzkumu a způsob administrace	85
5.4.	Metody získávání dat	86
5.5.	Výzkumný soubor	90
5.6.	Statistická analýza dat	96
5.7.	Interpretace výsledků	107
5.8.	Diskuze	115
<b>ZÁVĚR</b>		<b>120</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>		<b>123</b>
<b>PŘÍLOHY</b>		Chyba! Záložka není definována.



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

3. LF UK – 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

APA - American Psychological Association

ASL – akutní selhání ledvin

BAI - Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory)

BDI - Beckova sebesuzovací škála depresivity (Beck Depression Inventory)

BVAQ - Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire

CRD – chronické onemocnění ledvin (Chronic renal disease)

DEP36 – Dotazník emočního prožívání (DEP.PO – pozitivní emoční prožívání, DEP.NE – negativní emoční prožívání)

DSM - Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch

ESRS – terminální stádium onemocnění ledvin (End-Stage Renal Disease)

FN – fakultní nemocnice

GDS - Yesevageova škála deprese (Geriatric Depression Scale)

HAMA - Hamiltonova škála úzkosti (Hamilton Anxiety Rating Scale)

HAMD - Hamiltonovu škálu pro depresi (Hamilton Depression Rating Scale)

HD – hemodialýza

CHRI – chronická renální insuficience

CHRS – chronické renální selhání

ID – invalidní důchod

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

MADRS - škála Montgomeryho a Asbergové (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

MAS - Škála manifestní úzkosti (Taylor Manifest Anxiety Scale)

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PD – peritoneální dialýza

SAS - Zungova sebehodnotící škála úzkosti (Zung Self-Rating Anxiety Scale)

SD – Směrodatná odchylka

SDS - Zungova sebesuzovací stupnice deprese

STAI – Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (State-Trait Anxiety Inventory)

STAS - State-Trait Anger Scale

STAXI - State-Trait Anger Expression Inventory

ŠHaN – Škála hněvivosti a nahněvanosti

TAS – Torontská škála alexithymie (Toronto Alexithymia Scale)

TP – transplantace

## **SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK**

Obr. 1: Umístění ledvin

Obr. 2: Princip HD

Obr. 3: Princip PD

Obr. 4: Autoregulační model rozpoznávání nemoci a chování v nemoci

Obr. 5: James-Langova teorie emocí

Obr. 6: Cannonova a Bardova teorie emocí

Obr. 7: Dvou-faktorová teorie emocí

Obr. 8: Teorie kognitivního zhodnocení

Obr. 9: Model reakce na vážné somatické onemocnění

Obr. 10: Bludný kruh příznaků úzkosti

Graf 1: Komorbidita výzkumného souboru

Graf 2: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání u mužů a žen

Graf 3: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci, kteří bydlí sami a kteří sdílejí domácnost alespoň s jedním členem

Graf 4: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci čekající na TP ledviny a kteří na TP ledviny nečekají

Graf 5: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci, kteří prodělali TP ledviny a kteří ji neprodělali

Graf 6: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci s diabetem a bez diabetu

Graf 7: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci, kteří trpí jiným onemocněním a kteří jím netrpí

Tab. 1: Přehled faktorů ovlivňujících vznik CRD

Tab. 2: Diferenciální diagnostika alexithymie a Aspergerova syndromu

Tab. 3: Rozdělení souboru dle dialyzačních středisek

Tab. 4: Rozdělení souboru dle pohlaví

Tab. 5: Deskriptivní statistika souboru dle věku a počtu členů sdílejí domácnost

Tab. 6: Rozdělení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Tab. 7: Rozdělení souboru dle sociálního statusu

Tab. 8: Rozdělení souboru dle rodinného stavu

Tab. 9: Rozdělení souboru dle frekvence jejich kontaktu s dětmi

Tab. 10: Rozdělení souboru dle doby trvání onemocnění selhání ledvin

Tab. 11: Deskriptivní statistika souboru dle počtu měsíců na hemodialýze

Tab. 12: Rozdělení souboru dle prodělání transplantace ledviny

Tab. 13: Rozdělení souboru dle onemocnění diabetes mellitus

Tab. 14: Rozdělení souboru dle výskytu dalších onemocnění

Tab. 15: Rozložení souboru dle denní doby docházení na HD

Tab. 16: Deskriptivní statistika souboru dle proměnných emočního prožívání

Tab. 17: Mann-Whitney U test dle pohlaví

Tab. 18: Mann-Whitneyho U test dle sdílení domácnosti:

Tab. 19: Mann-Whitneyho U test dle čekání na transplantaci ledviny:

Tab. 20: Mann-Whitneyho U test dle prodělání transplantace ledviny

Tab. 21: Mann-Whitneyho U test dle diabetu

Tab. 22: Mann-Whitneyho U test dle výskytu jiného onemocnění:

Tab. 23: korelace proměnných emočního prožívání a věku

Tab. 24: korelace mezi proměnnými emočního prožívání a počtem členů sdílejících domácnost

Tab. 25: korelace mezi proměnnými emočního prožívání a dobou trvání HD

## ÚVOD

Ústředním tématem mé diplomové práce se stalo emoční prožívání pacientů s chronickým renálním selháním (CHRS). Důvodem volby této problematiky byla má osobní zkušenost a kontakt s pacienty v dialyzačním středisku Fakultní nemocnice v Motole. Díky možnosti praxe pod vedením paní PhDr. Marcely Znojové jsem dostala jedinečnou příležitost seznámit se pracovním prostředím klinického psychologa na somatickém oddělení a zároveň jsem si uvědomila význam jeho role jak pro zdravotníky, tak především pro pacienty. Mnohem více než úlohu diagnostickou, či terapeutickou zde psycholog zaujímá funkci průvodce a opory v náročné životní situaci pacientů jak dialyzovaných, transplantovaných, tak i těch kteří jsou ve fázi před nástupem na dialýzu nebo čekají na transplantaci ledviny. Jedním z impulzů k mému výběru zkoumání problematiky emocí u hemodialyzovaných pacientů bylo zjištění, že v této oblasti je v České republice nedostatečné množství odborných studií a výzkumů, které by mapovaly emoční prožívání a výskyt vybraných emocí u pacientů s CHRS, a zároveň tak nabízely cennou zpětnou vazbu zdravotníkům a případnou možnost intervence pacientům, kteří procházejí náročnou životní situací, kterou zajisté chronické onemocnění a samotný proces léčby přináší.

Pokrok výzkumu a v poskytování zdravotní péče ve vyspělých zemích vede ke snížení úmrtnosti chronicky nemocných pacientů a k prodloužení střední délky života. To, že žijeme déle, ale nemusí nutně znamenat, že žijeme lépe. Ti, kteří by zemřeli v důsledku svého zdravotního stavu, nyní mohou přežít, ale lékařské předpisy a samotný léčebný proces může v pacientovi vyvolávat silné emoční reakce, které je rovněž třeba zohlednit. Ne vždy ale proces léčby zajišťující přežití pacientovi zaručuje také jeho pohodu ať už fyzickou, sociální nebo psychoemocionální. Pacienti procházejí náročným procesem vyrovnávání se s chronickým onemocněním, a přesto emocionální rozměry jejich zdravotního stavu jsou často přehlíženy, co se týče lékařské péče. Výrazy jako je „role nemocného“ nebo „chování v nemoci“ nám pomáhají pochopit dopad nemoci a většina lékařů je s nimi obeznámena. Přesto rozpoznání a práce s psychickými a sociálními aspekty chronické nemoci jsou stále pro zdravotníky věcí problematickou (Turner & Kelly, 2000). Lékaři by měli být vedeni k uvažování nad emocionálními rozměry jejich práce a zároveň by měli být v této oblasti vzdělávání, aby tak dosáhli vyšší odborné kvality v péči o pacienty. Nemoc může pacientovi způsobovat i jiné obtíže, jako jsou ekonomické problémy, zasahuje do vztahových relací v rodině, mění sebepojetí a sebeobraz nemocného a zásadně ovlivňuje jeho kvalitu života

(García & Calvanese, 2008). Kvalita života jako psychologický koncept byla a je velmi častým objektem studií u pacientů s chronickým onemocněním a konkrétně i u pacientů s chronickým renálním selháním, na toto téma vzniklo velké množství vysokoškolských prací. Emočnímu prožívání jako jedné z komponent lidské psychiky se výzkumníci už v takové míře nevěnují, přesto mají emoce nepopíratelný vliv na proces léčby a souvisejí s kvalitou života nemocného (García & Calvanese, 2008). Proto považuji za aktuální, žádoucí a pevně věřím, že i praxi prospěšné se této problematice konkrétně u pacientů s chronickým renálním selháním věnovat.

Cílem mé práce je podat teoretický podklad k problematice emočního prožívání u nemocných s chronickým selháním ledvin, dále statisticky ověřit možné rozdíly a vztahy mezi vybranými proměnnými a nakonec předložit empiricky podložené výsledky měření významných rozdílů a vztahů mezi těmito proměnnými. Teoretická část mé diplomové práce je rozdělena mezi 4 dílčí kapitoly, které pojednávají o medicínských aspektech chronického renálního selhání, o problematice vyrovnávání se s nemocí, o emocích a emočním prožívání a nakonec o emočním prožívání nemoci, kde jsou zahrnuty konkrétní vybrané emoce, které se v souvislosti s chronickou nemocí vyskytují. Pro výzkumné šetření, které se stalo součástí této práce, byl získán soubor pacientů s diagnózou CHRS léčených metodou hemodialýzy ze 4 dialyzačních středisek v České republice. U výzkumného souboru byla zjišťována a následně analyzována data sociodemografická zahrnující specifické informace o onemocnění a vybrané proměnné emočního prožívání, u kterých byly zjišťovány statisticky významné rozdíly ve výzkumném souboru a mezi nimiž byly sledovány signifikantní vztahy.

Kapitola o chronickém renálním selhání popisuje anatomicky a fyziologicky ledviny jako tělesný orgán, definuje onemocnění chronické renální selhání, vymezuje jednotlivá stadia chronického selhání ledvin, pojednává o prevalenci a příčinách chronického renálního selhání, dále popisuje komorbiditu a další zdravotní komplikace související s tímto onemocněním, v závěru vyčleňuje možnosti terapie chronického renálního selhání, kde se řadí jak konzervativní léčba jako je dieta, tak i metody náhrady funkce ledvin, jimiž jsou hemodialýza, peritoneální dialýza a transplantace ledviny. Důvodem, proč se medicínské problematice chronického renálního selhání věnuji tak podrobně, je mé přesvědčení, že klinický psycholog pracující na somatickém oddělení, jako je nefrologie, musí přesně ovládat lékařskou terminologii dané problematiky, aby mohl plnohodnotně spolupracovat a plnit funkci zdravotnického personálu. Pro komunikaci nejen s lékaři a sestrami, ale i se samotnými

pacienty je třeba, aby měl dostatečný přehled o aspektech onemocnění i léčby, kterou na tomto oddělení pacient podstupuje.

Kapitola o vyrovnávání se s nemocí se věnuje vymezení somatické nemoci, procesu adaptace na nemoc, kde je zahrnut mj. model E. Kübler-Rossové, dále pak postoji pacienta k nemoci a na závěr rozebírá pacientovo subjektivní pojetí nemoci. Kapitola vychází z literatury klinické psychologie a psychologie zdraví. Třetí kapitola se věnuje emocím a emočnímu prožívání, jejich definici a nabízí přehled nejvýznamnějších teorií, které na dané téma vznikly.

Poslední teoretická kapitola rozvíjí pojem emočního prožívání nemoci a vymezuje faktory ovlivňující prožívání nemoci. V další části této kapitoly jsou rozebrány jednotlivé afektivní poruchy a emoce, jejichž výskyt je předpokládán u pacientů s chronickým onemocněním. Jedná se o depresi, úzkost, hněv a alexithymii. Jednotlivé podkapitoly se věnují definicím, projevům, etiologii a prevalenci a známým metodám měření vybraných emocí a jejich poruch. Závěr této kapitoly je věnován výzkumům v oblasti emočního prožívání u chronicky nemocných pacientů.

Výzkumná část této práce popisuje výzkumné šetření, které v rámci zkoumané tematiky proběhlo u souboru pacientů dialyzačních středisek s diagnózou chronického renálního selhání. Na úvod je zde vymezení výzkumného problému, jsou stanoveny výzkumné otázky, cíle a hypotézy, dále tak popis průběhu výzkumu a způsobu jeho administrace. Dále se zde věnují vybraným metodám sběru dat a popisu výzkumného souboru na základě získaných dat. Následuje podrobný popis statistické analýzy dat, interpretace jejích výsledků a závěrečná diskuze rozebírající přínosy a limity realizovaného výzkumu.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Chronické renální selhání

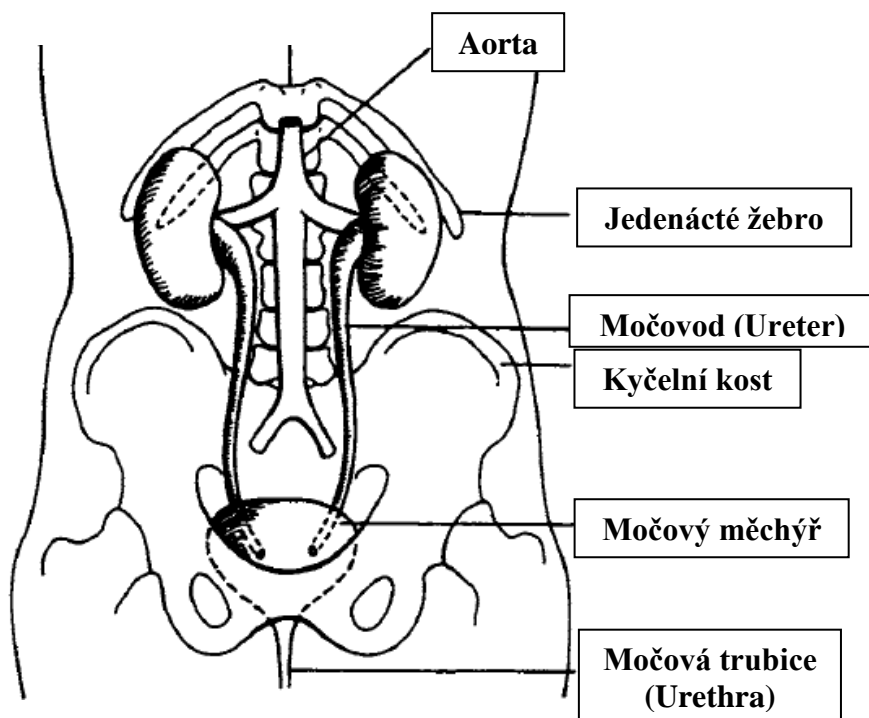
Chronické renální selhání (CHRS) je vážné progredující onemocnění ledvin, které bývá někdy podceňováno a i proto může vést k závažným komplikacím. V případě progresu CHRS je nezbytná náhrada funkce ledvin, jejíž vysoké náklady jsou finanční zátěží celého zdravotnického systému. Roční náklady na hemodialýzu u jednoho pacienta se v České republice pohybují kolem 1 milionu a více korun. Počet pacientů s CHRS se každým rokem zvyšuje (Vachek, Zakiyanov & Tesař, 2012). Dle definice významného českého nefrologa V. Tesaře (2003a, s. 93) „*chronické renální selhání je stav, kdy funkce ledvin je snížena tak, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních dietních a medikamentózních opatření a ve vyrovnané metabolické situaci organismu, a k prodloužení života nemocného je nutné použití metod nahrazujících funkci ledvin – dialýzy či transplantace.*“ Jedná se tedy o závažné onemocnění s dalekosáhlými medicínskými a sociálními důsledky, jež zcela určitě ovlivňuje i psychický stav pacienta, který je nucen podstupovat proceduru náhrady funkce ledvin, ať už formou dialýzy nebo transplantace. Považuji za velmi žádoucí věnovat pacientům s CHRS pozornost klinických psychologů, kteří jim mohou zprostředkovat intervenci v náročné životní situaci a pomoc zorientovat se v ní, nabídnout emoční podporu popř. ventilaci emocí a v neposlední řadě vyslechnout jejich příběhy, potřeby, obavy a ve spolupráci s ostatními zdravotníky usilovat o zlepšení kvality jejich života.

#### 1.2. Ledviny a jejich funkce (dysfunkce)

Ledviny jsou párovým orgánem a jsou uloženy po stranách páteře v zadní části dutiny břišní, jejich tvar připomíná bob a jejich průměrná váha u dospělého jedince je 135-145 g (Válek, 1982). Každá ledvina je tvořena asi 1 milionem jednotek, nazývané **nefrony**, které začínají filtrem, jež obsahuje chomáče kapilár, zvané **glomeruly**. V glomerulech probíhá derivace tekutiny z krevní plazmy obsahující roztok, ze kterého je vyfiltrována většina proteinů skrze **glomerulovou membránu**. Tento roztok nazývaný glomerulární filtrát protéká dále okolo tubulu (dlouhý, spirálovitý kanálek) a nakonec vede do ledvinové pánvičky, kde filtrát odtéká do močovodu. Výsledné množství vytvořené moči je oproti glomerulárnímu filtrátu malé a značně se od něj odlišuje ve svém složení (Walser & Thorpe, 2004). Močové cesty ale nejsou pouhou nehybnou soustavou nádržek a trubiček. Jedná se o aktivní biologický systém, který

je vyztužen sliznicí s bohatými nervovými zakončeními. Ve stěnách močových cest se nachází i buňky hladkého svalstva, jehož činnost nelze ovládat naší vůlí a za normálních podmínek probíhá zcela bezbolestivě (Teplan & Mengerová, 1997).

**Obr. 1: Umístění ledvin (Walser, M., Thorpe, B., 2004, s. 10)**



Ledviny jsou pro život nezbytné, protože vylučují odpadní látky v těle vzniklé metabolismem bílkovin, vylučují nadbytečnou vodu, soli a kyseliny, které přijímáme, a naopak při nedostatku vody a soli v naší potravě koncentrují moč. Mají schopnost vyloučit velké množství odpadových látek v malém množství vody a zadržovat vodu a sůl pro potřeby našeho organismu. V ledvinách vznikají látky potřebné pro tvorbu červených krvinek, stavbu kostí, regulaci krevního tlaku a rozkládají některé látky, které již nejsou potřebné k látkové přeměně. Vylučovací schopnost ledvin je specializovaná činnost, jejímž základem je bohaté zásobení ledvin krví a vysoký tlak v kapilárách. Ledvinami proteče zdravému člověku za minutu 1 až 1 ¼ l krve. Základní funkcí ledvin je **glomerulární filtrace**. Je to fyzický pochod, který se mění s průchodem krve glomerulem a reaguje přesně na potřeby organismu ve zdraví i nemoci (Válek, 1982). Nejvýznamnější funkcí ledvin není pouhé vylučování odpadních látek, nýbrž to, že udržují stálost extracelulární tekutiny a realizují její samotnou tvorbu. Extracelulární tekutina je médiem, ve kterém jsou obsaženy miliony tělních buněk, jejíž součástí je krevní plazma, a skládá se především ze solí, kyselin, živin a mnoha dalších komponentů. Ledviny rovněž udržují konstantní objem extracelulárních tekutin. Pomocí



mimořádně složitých a účinných mechanismů ledviny regulují vylučování vody, solí, draslíku, vápníku a mnoha dalších prvků (Walser & Thorpe, 2004).

### **Tři hlavní funkce ledvin:**

1. **eliminace katabolitů** a jiných cizorodých látek, které proniknou do organismu např. léky;
2. **regulace** vodní, elektrolytové a acidobazické **rovnováhy**
3. **produkce látek** - erytropoetinu, aktivace vitamínu D, inaktivace hormonů - PTH, inzulinu a látky ovlivňující krevní oběh (Řehořová, Štěpánková & Ševčík, 2010).

Nucení na moč nastává při naplnění močového měchýře množstvím močové tekutiny obvykle 250-300 ml. Při zánětech dolních močových cest se ale nucení na močení dostavuje při daleko nižším množství obsahu močového měchýře a jeho vyprazdňování doprovází bolestivé pálení. Řešení problému snížením příjmu tekutin bývá u pacientů s těmito obtížemi častou volbou, i když zcela nesprávnou. Příjem tekutin by měl pacient naopak navýšit, aby škodlivé bakterie z těla odplavil (Teplan & Mengerová, 1997). V návaznosti na funkce a dysfunkce ledvin jsem pro vymezení dané problematiky vybrala přehled onemocnění, která mohou nejčastěji ohrozit náš vylučovací systém. Nemoci ledvin lze rozdělit do následujících kategorií:

- **Nemoci infekčního typu** - jako je akutní **hnisavý zánět ledvin** (akutní nefritida), který vzniká přesunem zánětu z dolních močových cest (močový měchýř a močová trubice) do horních močových cest (ledvinová pánvička a dřeň). K zasažení ledvinové tkáně může dojít i při celkových infekčních onemocněních bakteriálního či virového původu.
- **Záněty imunologického původu** – např. **akutní glomerulonefritida**, což je akutní imunologické poškození ledvinových glomerulů (klubíček). Glomerulonefritida může přejít i do své chronické podoby, kdy v nejtěžších případech vede až k selhání funkce ledvin. Další možností imunologického onemocnění ledvin je sekundárně vlivem imunologického zánětu postihujícího cévy.
- **Nefrotický syndrom** – poškození ledvinových glomerulů, které vede ke značným ztrátám bílkoviny do moči, způsobující poruchu tukového metabolismu.
- **Onemocnění ledvin jako „komorbidita“ s jinou nemocí** – nejčastěji se vyskytující **diabetická nefropatie** - ledviny jsou poškozené vlivem cukrovky, kdy je nevyrovnaná hladina krevního cukru. Jedná se o závažné onemocnění, které často vede k fatálnímu selhání funkce ledvin.

- **Arteriální hypertenze** (vysoký krevní tlak) – způsobuje **maligní nefrosklerózu**, což je závažné onemocnění, které zasahuje stěny kapilár a tím likviduje ledvinové glomeruly. V některých případech ledvinové hypertenze dochází i k výraznému zúžení ledvinové tepny.
- **Nadměrné užívání analgetik (léků proti bolesti)** – u 10-15% pacientů, kteří užívají pravidelně léky proti různým druhům bolesti, způsobuje **analgetickou nefropatii**, která závažně postihuje ledviny a snižuje jejich funkci.
- **Polycystická degenerace ledvin** – cysty jsou dutinky vyplněné tekutinou, které se postupně zvětšují a utlačují ledvinovou tkáň a ta postupně zaniká, onemocnění je geneticky podmíněno.
- **Močové kameny** – nejčastěji vznikají v ledvinových kalíšcích, v pánvičce a v močovém měchýři. Jejich výskyt se projevuje ztíženým odtokem moči a často se spojuje se zánětem močových cest. Nejčastěji jsou zjišťovány kameny oxalátové, urátové, fosfátové nebo kameny cystinové a jsou to metabolické produkty např. kyseliny močové.
- **Ledvinové selhání** – vzniká v důsledku postupujícího onemocnění ledvin. Ledvinové selhání se dělí do několika stádií dle jeho závažnosti, v tom nejtěžším stádiu se výrazně snižuje množství vyloučené moči (pouze několik desítek mililitrů denně). (Teplan & Mengerová, 1997)

Vzhledem k tomu, že ledvinové selhání je klíčovým tématem celé mé práce, budu se tomuto onemocnění podrobně věnovat ve zbývající části první kapitoly.

### 1.3. Selhání ledvin (Chronická renální selhání)

Nejsnazší způsob, jakým lze posoudit funkci ledvin, je hodnota sérového plazmatického kreatininu, kdy při vzestupu jeho hladiny na 500-600  $\mu\text{mol/l}$  se obvykle zahajuje dialyzační léčba pacienta. Postupný proces zániku funkčních nefronů, který způsobuje pokles glomerulární filtrace v ledvinách, vede k vzestupné koncentraci kreatininu v séru neboli k poklesu očišťování (*clearance*) kreatininu (Tesař, 2003a).

#### 1.3.1. Definice

Pro uvedení a popsání medicínské problematiky chronického selhání ledvin neboli chronické renální insuficience považuji za nezbytné vymezit a oddělit základní terminologii. Selhání ledvin znamená ne zcela úplnou ztrátu filtrační schopnosti ledvin, ke které může dojít

v důsledku poklesu krevního tlaku, ucpání krevního oběhu do ledvin, ucpání odtoku moči, nebo onemocnění ledvin samotných. Většina onemocnění ledvin, které známe, se projevuje poklesem až ztrátou schopnosti filtrace, ale u některých z nich se tato schopnost relativně rychle navrácí. Tyto vratné typy selhání ledvin známe jako **akutní selhání ledvin** (ASL). Akutní selhání ledvin může být způsobeno léky toxickými pro ledviny, snížením průtoku krve a mnoha jinými příčinami. Tvorba moči obvykle drasticky klesá, při čemž odpadní produkty se hromadí v krvi. K úplnému uzdravení ale může dojít i během několika týdnů. Někteří pacienti v průběhu akutního selhání ledvin potřebují dočasně využívat **dialýzu**, což je terapeutická metoda zajišťující náhradní funkci ledvin prostřednictvím umělého očišťování krve (Walser & Thorpe, 2004). Problematice terapie chronického renálního selhání se budu podrobněji věnovat v jedné z následujících podkapitol tohoto tematického okruhu (viz. 1.2.5.)

Pro zasvěcení do medicínské terminologie a přesného definování chronického renálního selhání je třeba nejprve objasnit několik podobných, ale významově rozdílných termínů, které je třeba jasně diferencovat. Jedná se o termíny chronická renální insuficience, chronické renální selhání a chronické onemocnění ledvin. **Chronickou renální insuficiencí** (CHRI) rozumíme „*stádium chronických renálních onemocnění, kdy funkce ledvin klesne na takovou úroveň, že dochází k výrazným změnám ve složení extracelulární tekutiny.*“ (Teplan, 1998, s. 183). Při poklesu filtrační schopnosti na její 2/3 celkové funkce se začínají objevovat první příznaky selhání ledvin (Walser & Thorpe, 2004). Teplan (1998) rovněž uvádí, že současně s CHRI se projevují změny v metabolickém fungování, způsobené nedostatečnou schopností extrahovat tekutiny a dále pak dochází ke změnám ve funkci metabolicko-endokrinní. Ledviny v této fázi ještě zachovávají schopnost udržení složení vnitřního prostředí v základních podmínkách, při mimořádné zátěži však selhávají.

Odborníci současně preferují označení **chronické onemocnění ledvin** (CRD), které je považováno za širší pojem než chronická renální insuficience, popř. chronické selhání ledvin. Zahrnuje totiž i takové stavy poškození ledvin, které se projevují normální glomerulární filtrací, ale považujeme je již za chorobné. Jedná se tedy o stav vedoucí k progredující a ireverzibilní ztrátě funkce ledvin (Vachek, Zakiyanov & Tesař, 2012).

Konečné tedy nevratné selhání ledvin je patologický stav, ve kterém ledviny již nemají schopnost udržet normální složení vnitřního prostředí a to ani v základních podmínkách, ani při speciálních dietách nebo užívání medikamentů (Tesař, Schück et al., 2006). **Chronické**

**selhání ledvin** (CHRS) většinou není reverzibilní, ale často se progresivně zhoršuje. Když schopnost filtrace klesne o 7/8 nebo zmizí úplně, přežití pacienta závisí na dialýze nebo transplantaci ledviny. Tuto fázi nazýváme terminálním stádiem onemocnění ledvin (*End-Stage Renal Disease, ESRD*) (Walser, Thorpe, 2004). Zahraniční zdroje (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bortoli, 2009, s. 118) CHRS popisují jako „*progresivní a komplexní snížená funkce ledvin, která dosáhne úrovně nižší než 10%, je to nejtěžší a konečné stadium onemocnění ledvin, při kterém je nutné pro přežití zavést substituční terapii v podobě transplantace ledvin nebo v podobě dialýzy (hemodialýza nebo peritoneální dialýza)*“. V případě, kdy nedochází k nezbytné náhradě funkce ledvin, se u nemocného začne rozvíjet soubor klinických příznaků, který nazýváme **uremický syndrom** projevující se např. zvracením, krvavými průjmy, ztíženým dýcháním, poruchami vědomí apod. (Tesař, 2003a). Vachek, Zakiyanov a Tesař (2012, s. 117) uvádějí, že se jedná se o „*chorobný stav se závažnými a dalekosáhlými medicínskými a sociálními důsledky včetně potenciálně enormních nákladů pro zdravotní systém, pokud není včas rozpoznáno a léčeno*“.

Onemocnění pacientovi obvykle nezpůsobuje výrazné subjektivní obtíže, a proto bývá často až příliš pozdě diagnostikováno. Počet pacientů s chronickým onemocněním ledvin a přidruženými komplikacemi se stále navyšuje, důvodem je také globální demografický vývoj a epidemie civilizačních onemocnění (Vachek, Zakiyanov & Tesař, 2012). Výše uvedené termíny, které rozlišují označení chronického selhání ledvin, nejsou zcela jednotně používány v literatuře, kterou jsem na dané téma studovala. Nejčastěji se zde užívá termín CHRI. Pro výzkumné účely této práce jsem zvolila označení CHRS, které pacienty léčené hemodialýzou specifikuje.

### **1.3.2. Rozvoj a stádia chronického renálního selhání**

Chronické onemocnění ledvin bývá příčinou postupného zániku funkčních nefronů a vede k rozvoji chronického selhání ledvin. Funkce reziduálních nefronů se v průběhu onemocnění mění tak, aby vedla k zachování homeostázy vnitřního prostředí. Nemocný jedinec tak může být ve vyrovnaném sodíkovém, draslíkovém a vodním metabolismu, ale je potřeba sníženou úroveň glomerulární filtrace kompenzovat minimálně dietními úpravami. Přijatelná adaptace funkcí reziduálních nefronů je podmíněna jak stupni glomerulární filtrace, tak velikostí příjmu sledované látky i jejímu extrarenálnímu vylučování (Teplan, 1998). Nemocní s chronickou

renální insuficienci mají **diurézu**<sup>1</sup> většinou v normě nebo se u nich dokonce může vyskytovat i **polyurie** (zvýšená diuréza, obvykle 2-3l denně), kdy může docházet i ke sklonům k dehydrataci. Naopak u pacientů, kteří jsou již delší dobu dialyzováni, dochází k opačnému jevu oligoanurii<sup>2</sup> (Tesař, 2003a). **Anurie** je definována jako zástava tvorby moči a diuréza klesá pod 100 ml za 24 hodin (Tesař, Schück, et al., 2006). Pro pacienta, u kterého je již nezbytné zahájit dialýzu, tak dochází k poměrně zásadní změně v jeho pitném režimu, před dialýzou byl nucen pít až nadměrné množství tekutin, po zahájení dialýzy se tento příjem radikálně snižuje až na pouhé minimum (0,5 tekutin denně).

Při poklesu glomerulární filtrace pod hodnoty 15-20 ml/min klesají kompenzační mechanismy ledvin (snížené vylučování fosfátů a sulfátů, porucha syntézy amoniaku) a to se projevuje vznikem mechanické acidózy (pH pacientovi moči má hodnotu 5,4 a více). U CHRS je hodnota pH moči pacienta vyšší než 6. Metabolická acidóza sice výrazně dále neprogreduje, ale podílí se na uvolňování kalcia do kostí a tím vede k renální osteopatii a zvyšuje intenzitu katabolických procesů (Teplan, 1998). Progresi renální choroby můžeme dělit do dvou fází. V první dochází k zániku funkčních nefronů, jejichž redukcí na 50% se rozvíjí závažná hypertrofie<sup>3</sup>, která podporuje další zánik nefronů. V druhé fázi renální choroby dochází také ke skleróze (ztvrdnutí tkáně) a zánik nefronů už není závislý pouze na základní nemoci ledvin (Tesař, 2003a). Chronické onemocnění ledvin je vedeno v MKN-10 (2014) pod kódem N8 a dělí se do 5 stádií:

#### **N8.1.Chronické onemocnění ledvin, stádium 1**

- Poškození ledvin s normální či zvýšenou glomerulární filtrací (GFR nad 90 mL/min)

#### **N8.2.Chronické onemocnění ledvin, stádium 2**

- Poškození ledvin s mírně sníženou glomerulární filtrací (GFR 60-89 mL/min)

#### **N8.3.Chronické onemocnění ledvin, stádium 3**

- Poškození ledvin se středně sníženou glomerulární filtrací (GFR 30-59 mL/min)

#### **N8.4.Chronické onemocnění ledvin, stádium 4**

- Poškození ledvin se závažně sníženou glomerulární filtrací (GFR 15-29 mL/min)

#### **N8.5.Chronické onemocnění ledvin, stádium 5**

- Chronická urémie

---

<sup>1</sup>množství definitivní moči vytvořené ledvinami za jednotku času (obvykle jeden den), průměrně 1,5 l denně (Lekařske.slovníky.cz, 2008)

<sup>2</sup>nízké množství definitivní moči vytvořené za 24 h – oligurie pod 500 mld, anurie pod 100 mld (Lekařske.slovníky.cz, 2008)

<sup>3</sup>zvětšení buněk a orgánů při zvýšených funkčních nároků na tkáň

V časných stádiích CHRI se klinický obraz nemocných jeví tak nespecificky, že je záchyt pacientů v rané fázi nemoci obtížný, a proto i méně častý, než by bylo pro včasné zahájení sledování a léčby žádoucí. Pacienti tak bývají poměrně často náhodně zachyceni na základě jiného než nefrologického vyšetření. Důvody pro návštěvu lékaře v tomto období mohou být různé – převážně se jedná o únavu, nevýkonnost, nadměrnou žízeň, polyurii a nykturii, což znamená přerušování spánku a vstávání za účelem močení více než 1x během nočního spánku. (Fügner, 2001). Někdy pacienti přicházejí s anémií, poruchami spánku, cefaleou (bolest hlavy), křečemi v lýtkách, někteří ztrácejí tělesnou hmotnost, mají zvýšený sklon k infekčním onemocněním, objevuje se i hyperhydratace nebo dochází ke zhoršení arteriální hypertenze.

Pokročilejší stadia CHRI se mohou projevovat i na psychické úrovni - změnami osobnosti, projevy apatie a zmatenosti. Znatelný může být i specifický uremický zápach, šedavé zabarvení kůže, otoky, plicní edém anebo hypertenzní encefalopatie. Před terminálním stádiem selháním ledvin nemusí být diuréza porušena, při zhoršené koncentrační schopnosti se vyskytuje spíše polyurie. Až s ESRD se začíná projevovat oligoanurie (Ryšavá & Brejník, 2011).

Ke konečnému renálnímu selhání dochází v případě, kdy funkce ledvin klesne pod 1/5 normy. Uremie vyplývá z ESRD a je chápána jako komplex klinických příznaků (gastrointestinálních, kardiálních, nervových, kožních a respiračních), které vznikají na základě zadržování odpadních látek metabolismu bílkovin a dále je doprovázena poruchami homeostázy vody a elektrolytů, poruchami endokrinního systému a metabolismu (Tesař, Schück et al., 2006). Uremie má typické příznaky: anorexie, nauzea, zvracení, průjem. V některých případech může docházet až k rozvoji plicního edému nebo exudativní perikarditidy<sup>4</sup> (Ryšavá, Brejník, 2011).

Chronické selhání ledvin bývá obvykle doprovázeno těžkou anémií (chudokrevností), která je způsobena sníženou produkcí erytropoetinu<sup>5</sup> v ledvinách. CRD nemívá až do velmi pokročilého stadia téměř žádnou klinickou symptomatologii, a proto toto onemocnění bývá zjištěno často náhodně. Klinickou symptomatologií se rozumí již zmiňovaný uremický syndrom, který se projevuje poškozením nejen ledvin, ale i ostatních orgánů, u kterých dochází ke změnám vnitřního prostředí a ke změnám metabolickým. V této pokročilé fázi nemoci je nezbytné pro zachování životních funkcí pacienta dialyzovat (Tesař, 2003a). Teplan

---

<sup>4</sup>Zánětlivé onemocnění perikardu (vazivového obalu srdce)

<sup>5</sup>Hormon, produkován ledvinami, který reguluje tvorbu červených krvinek.

(1998) dále uvádí, že na rozvoji glomerulosklerózy<sup>6</sup> se podílejí rovněž genetické faktory a věk jedince, proto rychlost progresu CRD může být u jednotlivých pacientů odlišná. Klinická zkušenost popisuje případy, že i ve stadiu ESRD mohou být renální funkce stabilní i po dobu několika let.

### **1.3.3. Prevalence**

Americké i evropské epidemiologické studie vykazují, že přibližně 10–15 % dospělé populace trpí chronickým onemocněním ledvin ve stadiu 3–5. V přepočtu na obyvatelstvo české republiky zde žije minimálně půl milionu osob s již významným snížením funkce ledvin (Vachek, Zakiyanov & Tesař, 2012).

Walser a Thorpe (2004) uvádějí, že k tomuto roku je ve Spojených státech přes 300 tisíc pacientů v konečném stadiu selhání ledvin, kteří jsou léčeni dialýzou, dalších 300 až 400 tisíc pacientů je touto metodou léčeno v jiných zemích. Stovky tisíc dalších nemocných, kteří potřebují dialýzu, ale žijí v zemích třetího světa, léčbu nedostávají z ekonomických důvodů. Pro rok 2010 bylo odhadováno, že se počet pacientů s ESRD ve Spojených státech více než zdvojnásobí, bude-li následován tehdy současný trend.

Dle údajů ze statistické ročenky o dialyzační léčbě od České nefrologické společnosti (Rychlík, Lopot, 2014) je v současné době v České republice celkem 104 dialyzačních středisek, v nichž bylo ke konci roku 2014 léčeno 6405 pacientů. Za tento rok bylo provedeno 925 725 hemoeliminačních výkonů. Hemodialýzou bylo léčeno 5974 pacientů a peritoneální (domácí) dialýzou bylo léčeno 464 pacientů, kteří tvoří pouhých 7,25% ze všech dialyzovaných, a transplantováno bylo 507 pacientů.

### **1.3.4. Příčiny terminálního selhání ledvin**

Pro prevenci CRD je nezbytné znát rizikové faktory tohoto vážného onemocnění, které je třeba alespoň u těch ovlivnitelných eliminovat. Jedná se o obezitu, diabetes mellitus, arteriální hypertenzi, mikroalbuminurie/proteinurii (nadměrné množství bílkovin v moči), hyperurikémie (zvýšení hladiny kyseliny močové), autoimunní choroby, recidivující infekce močových cest, močové konkrementy, obstrukce dolních močových cest, stav po akutním

---

<sup>6</sup>vazivové sklerotické změny na glomerulu (Lekarske.slovniky.cz, 2008)

selhání ledvin, rodinná anamnéza onemocnění ledvin, nízká porodní váha, snížení objemu ledvinné tkáně (stav po nefrektomii), nefrotoxické léky (Ryšavá, Brejník, 2011).

Existuje široká škála příčin, které vedou k chronickému selhání ledvin. Jsou jimi především diabetická nefropatie, chronické glomerulonefritidy, hypertenze, chronická intersticiální nefritida, polycystická degenerace ledvin a další dědičná ledvinná onemocnění nebo jiné neznámé příčiny (Řehořová, Štěpánková & Ševčík, 2010). Ryšavá a Brejník (2010) uvádějí, že z etiologického hlediska se na vzniku CHRS podílí více zdravotních obtíží a onemocnění. Asi 40% příčinou bývá ischemická choroba ledvin, 30% vliv má diabetická nefropatie a z 10% se podílí na poškození ledvin arteriální hypertenze, chronická glomerulonefritida a chronická tubulointersticiální nefritida.

Jednou z nejuváděnějších příčin chronického renálního selhání je diabetes mellitus laiky zvaná cukrovka, „zejména incidence diabetu 2. typu, a tím i diabetické nefropatie.“ (Vachek, Zakiyanov & Tesař, 2012, s. 107). Dle Štěpánkové, Šurela a Řehořové (2008) „nejčastější příčiny CHRI jsou v našich zeměpisných šířkách chronické glomerulonefritidy, diabetická nefropatie a vaskulární onemocnění ledvin.“ Úroveň dopadu chronického onemocnění ledvin na kvalitu života jedince může být ve vztahu s dalšími vyskytujícími se chorobami, jako je diabetes nebo vysoký krevní tlak (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bortoli, 2009).

### **1.3.5. Další riziková onemocnění a komorbidita**

Chronické renální selhání bývá nejen zapříčiněno jinou somatickou nemocí, tedy stává se její komorbiditou, ale zároveň může vést k dalším zdravotním komplikacím. Tesař (2003b) uvádí, že u pacientů trpících chronickým renálním selháním, kteří jsou léčeni hemodialýzou, je přibližně desetinásobně vyšší pravděpodobnost, že zemřou na kardiovaskulární onemocnění, než u jedinců ze stejné věkové kohorty bez tohoto onemocnění. Čím mladší pacient s CHRS je, tím se riziko kardiovaskulární mortality zvyšuje. Dialyzační léčba může být doprovázena zvýšeným výskytem hypertrofie (růstem tkáně) levé srdeční komory, ischemické choroby srdeční<sup>7</sup> anebo chronického srdečního selhání. Riziko kardiovaskulárních komplikací se však projevuje již u pacientů v ranějším stadiu CRD. Kardiovaskulární potíže se podílejí na více

---

<sup>7</sup>Ischemická choroba srdeční, známá pod zkratkou ICHS, je onemocnění věnčitých tepen, při kterém dochází k jejich zužování nejčastěji v důsledku aterosklerózy. To má za následek omezení přítoku krve do srdečního svalu (myokardu) za místem zúžení, a tím nedostatek tolik potřebného kyslíku. Tento stav se projevuje bolestmi za hrudní kostí – anginou pectoris. (CKTCH, 2009, <http://www.cktch.cz/index.php/pro-pacienty/uitene-informace/ischemicka-choroba-srdeni> )



než polovině úmrtí pacientů léčených s CRD. U jedné třetiny dlouhodobě nemocných a dialyzovaných byla zjištěna ateroskleróza (onemocnění cévní stěny) a u 10% nemocných se jako příčina úmrtí vyskytuje infarkt myokardu. Rizika vznikající s rozvojem CHRS jsou hypertrofie a zhoršená funkce levé komory. Pro větší přehlednost a vymezení faktorů hemodynamických a metabolicko-uremických slouží následující tabulka.

**Tab. 1: Přehled faktorů ovlivňujících vznik CRD (Teplan, 1998, s. 197):**

Hemodynamické faktory	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypertenze</li> <li>- Retence tekutin</li> <li>- Renální anémie</li> <li>- AV fistule</li> <li>- Získané srdečné chlopňové vady</li> </ul>
Metabolicko-uremické faktory	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ischemická choroba srdeční</li> <li>- Diabetická kardiomyopatie</li> <li>- Zvýšený přísun železa</li> <li>- Dysfunkce sympatického nervového systému</li> <li>- Hypokalcemie</li> <li>- Myokardiální kalcifikace</li> <li>- Zvýšená hladina parathormonu</li> <li>- Metabolická acidóza</li> <li>- Zvýšený přísun hliníku</li> <li>- <math>\beta_2</math>-mikroglobulinová depozita</li> <li>- Deficit thiaminu</li> <li>- Deficit karnitinu</li> </ul>

Příznaky vyplývající z orgánových komplikací CHRS (Ryšavá & Brejlík, 2011, s. 11):

- a) **Kardiovaskulární komplikace** – u pacientů s CHRS je 10-20x vyšší pravděpodobnost zdravotních obtíží tohoto typu než u běžné populace stejného věku a pohlaví;
- b) **Hematologické abnormality** - jedná se především o renální anémii;
- c) **Renální kostní nemoc** (renální osteopatie) – jedná se o poruchu kalciofosfátového (Ca-P) metabolismu (porucha hydroxylace vitaminu D v selhávajících ledvinách). Kromě kostních změn na skeletu se objevují změny cévního charakteru;
- d) **Poškození periferních nervů** – parestézie končetin, křeče nebo syndrom neklidných nohou;

e) **Sníženou sexuální apetenci, poruchy erekce, infertilitu<sup>8</sup>** apod.

Ryšavá a Brejlík (2011) dále uvádějí, že u CHRS se mohou projevit i neurologické příznaky, kdy dochází k polyneuropatii, encefalopatii, jež se může rozvinout do organického psychosyndromu až kómatu. Běžně se u pacientů objevuje svědění (pruritus), četné ekchymózy<sup>9</sup>, barva kůže připomíná bílou kávu (café au lait).

Pacienti s CHRS mohou často trpět různými emočními poruchami, jako je úzkost a deprese, které mají souvislost s organickou symptomatologií a omezeními vyplývajícími z onemocnění a následné léčby hemodialýzou. Intenzita emočních reakcí a prožívání se u každého pacienta liší v závislosti: na kognitivním zhodnocení impaktu onemocnění ledvin a léčebného procesu; na životních podmínkách pacienta; a souvisí i s individuální schopností přizpůsobit se stavu závislosti na hemodialýze (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bortoli, 2009).

#### **1.4. Terapie chronické renálního selhání**

Pacienti v konečném stadiu chronického renálního selhání jsou životně vázáni na náhradní funkci ledvin (transplantace nebo dialyzační léčba). Nejčastější z těchto alternativ hemodialyzační léčba (HD) obnáší dodržování přísného léčebného režimu, pacienti obvykle 3x týdně dojíždějí do dialyzačních středisek, kde jsou průměrně 4-4,5 hodiny napojeni na HD přístroj. K tomu musejí dodržovat striktně omezený pitný režim, mají také dietní omezení a berou velké množství léků, které mohou svými vedlejšími účinky ovlivňovat i jejich psychickou složku. Kvalita života pacientů se dle typu náhrady funkce ledvin může odlišovat (viz Landreneau, Lee & Landreneau, 2010; Santos, 2011). Pacienti po transplantaci mají větší možnost návratu do svého běžného fungování, často mohou nadále pracovat a plnohodnotně se věnovat rodinnému i společenskému životu. Pacienti, kteří jsou léčeni peritoneální dialýzou (PD), mají větší možnost organizovat si svůj denní režim dle svých potřeb, na druhou stranu také přebírají větší zodpovědnost za proces své léčby a bývají více ohroženi rizikem komplikací (hlavně infekčního rázu). Hemodialýza je možná i proto volena častěji než PD. U pacientů, kteří pro svůj komplikovaný zdravotní stav nemohou být zařazeni do transplantačního programu, bývá HD léčba častější volbou. Léčebný proces pacientů s CHRI ale začíná ještě před tím, než dojdou do ESRD, pokud je jejich nemoc včas odhalena.

---

<sup>8</sup>neschopnost ženy donosit a porodit životaschopné dítě při zachované schopnosti otěhotnět (Lekraske.slovníky.cz, 2008)

<sup>9</sup>menší krvácení do kůže či sliznice skvrnovitého charakteru

### 1.4.1. Konzervativní léčba CHRS

„Konzervativním léčením rozumíme úpravu či přiměřené ovlivňování metabolických odchylek při CHRI cestou dietní a medikamentózní.“ (Tesař, 2003a, s. 105). Před tím než se pacienti dostanou do pokročilého stadia CHRS je žádoucí je zařadit do dialyzačně-transplantačního programu. Hlavní zásady konzervativní terapie jsou následující (Teplan, 1998):

1. **Úprava bílkovin a energie** – pro snížení kyseliny močové je vhodné snížit příjem proteinů, dieta doplněná vitaminem C, pyridoxinem, kyselinou listovou, naopak se nedoporučují podávat jiné vitamíny.
2. **Úprava příjmu tekutin a natria** – pacient s CHRI je ohrožen jak retencí tekutin, tak dehydratací, je třeba sledovat jeho příjem i vylučování (potrava, infuze, léky), tak aby byla jasná jeho bilance sodíku, a také je třeba stabilizovat jeho hmotnost.
3. **Úprava příjmu kalia** – CHRI přináší riziko rozvoje hyperkalemie, proto je třeba snížit příjem kalia (draslíku) na základě posouzení metabolické acidózy, jejíž snížení má příznivý vliv na výši hladiny kalia.
4. **Úprava acidobazické rovnováhy** – nepříznivé metabolické důsledky dlouhotrvající acidózy, nezbytné je dodání alkalické látky pro vyvážení vnitřního prostředí.
5. **Úprava poruchy kalciofosfátového metabolismu** – porucha může vést až k renální osteopatii, při poklesu kalcia pod dolní hranici normy je třeba dodávat kalciovou sůl, v těžkých případech pak preparáty vitaminu D za nutné kontroly kalcemie. V případě zvýšené hladiny fosfátu je nutné upravit pacientovi jeho příjem vhodnou dietou.
6. **Úprava krevního obrazu** – anémie je velmi častý nález u pacientů s CHRI, doporučují se nízkobílkovinné diety, podávání pyridoxinu a kyseliny listové, u nemocných léčených dialýzou je prokázán úspěch v léčbě anémie přes podávání rekombinantního lidského erytropoetinu.
7. **Léčba arteriální hypertenze** – hypertenze prokazatelně urychluje zánik reziduálních nefronů a tím podporuje progresi CHRI, vhodné je podání antihypertenziv ze skupiny angiotenzin.

Pacientům s CHRS je rovněž přísně zakázáno kouření tabáku, které má velmi nežádoucí vliv na fungování ledvin (Ryšavá & Brejlík, 2011).

#### **1.4.1.1. Dieta při léčbě krevní dialýzou**

Zahájení dialyzační léčby pacientovy s CHRS přináší poměrně výraznou změnu v jeho dosavadní doporučené dietě. Zatímco před konečným selháním ledvin mu bylo doporučeno snížit příjem bílkovin a zvýšit příjem tekutin, v konečném stadiu selhání ledvin je tomu jinak. Naopak se pacientům doporučuje navýšení příjmu plnohodnotných bílkovin (živočišného původu), dieta výrazně snižuje příjem draslíku, sodíku fosforu a purinů. Příjem tekutin by měl odpovídat akutní diuréze pacienta, tedy množství vyloučené moči za 24 hodin. Vzhledem k tomu, že pacienti na dialýze vylučují minimální množství vody, musí být i jejich spotřeba minimální – 500 ml tekutin na den včetně množství vody, které obsahuje jídlo např. polévka. Často dochází k problémům výběru vhodné dietní potravy, protože potraviny bohaté na bílkoviny zároveň obsahují mnoho fosforu, draslíku či purinů. Pacienti by měli být proto seznámeni s hodnotami jednotlivých složek v běžných potravinách a doporučuje se jim používat výživové tabulky, které pomáhají zorientovat se v hodnotách všech potravin.

Pacienti na hemodialýze mají doporučeno držet se své normální váhy a s tím souvisí i jejich dietní doporučení. Někteří se však mohou kvůli nechutenství potýkat s podváhou, jiní mají problém se sklony k obezitě. Nedoporučují se však žádné drastické diety, které jsou vzhledem k vážnosti onemocnění zdraví nebezpečné.

Transplantovaní pacienti a pacienti na peritoneální dialýze mají oproti hemodialyzovaným menší dietní omezení, přesto ale musí hledět na svůj příjem tekutin, solí a minerálních látek. Kontrola příjmu energie a nadváhy je rovněž žádoucí. U peritoneální dialýzy je obezita značnou komplikací. V neposlední řadě je ale třeba hledět na individuální potřeby a specifika každého pacienta, proto je nutná konzultace dietních opatření s ošetřujícím nefrologem či nutričním terapeutem (Teplan, 1998; Nefrologie.cz, 2014).

#### **1.4.2. Možnosti náhrady funkce ledvin**

Eliminace odpadních látek – produktů dusíkového metabolismu a udržení stálého vnitřního prostředí jsou základními funkcemi ledvin. Udržení homeostázy celého organismu u pacientů s CHRS je možné pouze za pomoci nahrazení funkce ledvin, kterou je možno realizovat dialýzou nebo transplantací. Transplantace je považována za optimální metodu náhrady funkce ledvin. Metody dialýzy dokážou zmírnit poruchy vnitřního prostředí, ale nenormalizují

je, přesto umožňují pacientům s CHRS mnohdy dlouhodobé přežití (Tesař, 2003a; Tesař, Schück et al., 2006).

#### 1.4.2.1. Dialyzační metody léčby selhání ledvin

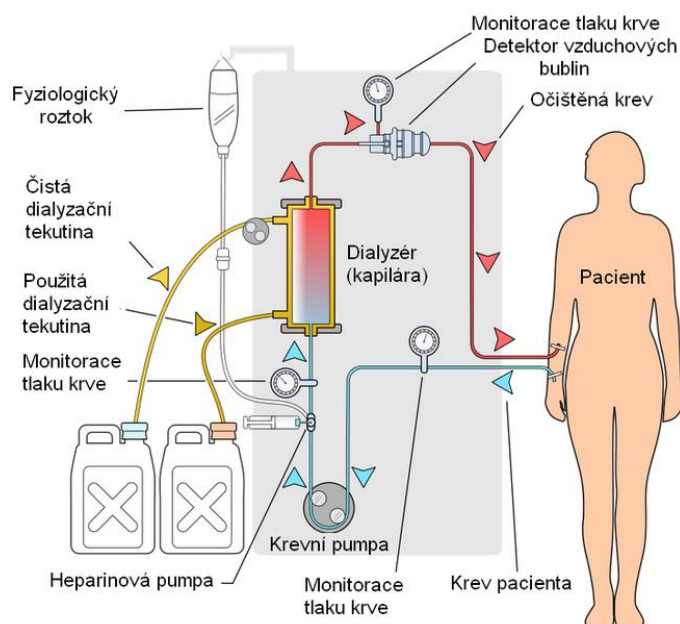
Tesař (2003a) uvádí, že hlavními dialyzačními metodami, které jsou aplikované při léčbě pacientů s CHRS jsou **hemodialýza** (HD) a **peritoneální dialýza** (PD). Dialýza je terapeutický postup, kterým jsou odstraňovány z krve toxické látky (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bortoli, 2009). Dialýza je definována jako difuze molekul v roztoku přes polopropustnou membránu podél elektrochemického gradientu koncentrace. Primárním cílem hemodialýzy je obnovit intracelulární a extracelulární prostředí tekutin, které je charakteristické pro normální funkci ledvin. To je dosaženo přepravou rozpuštěných látek, jako je močovina z krve do dialyzátu a přepravou rozpuštěných látek, jako jsou např. hydrogenuhličitán z dialyzátu do krve. Dialýza má za cíl nahrazením vylučovací funkce ledvin odstranit komplex symptomů známý jako uremický syndrom (Himmelfarb & Ikizler, 2010). Teplan uvádí (1998, s. 221) že, *„nemocných léčených dlouhodobě hemodialýzou či peritoneální dialýzou přibývá, a proto je třeba, aby byla základním způsobem informována i širší lékařská veřejnost“*. Dále pak vymezuje princip objasňující fungování dialýzy (s. 222): *„Dialýza (HD a PD) pracuje na principu separace látek rozpuštěných v roztoku přes semipermeabilní membránu na základě koncentračního gradientu.“* Podle Tesaře (2003a, s. 111) *„rozvoj hemodialýzy v naší zemi po roce 1989 umožnil léčit všechny nemocné, kteří tuto léčbu potřebují. Jedinou kontraindikací je terminální fáze maligních onemocnění.“*

Páez, Jofré, Azpiroz a De Bortoli, (2009) uvádějí, že léčba hemodialýzou spočívá v dialýze krve, která probíhá prostřednictvím speciálního přístroje a funguje na bázi cirkulace krve z tepny pacienta do dialyzačního filtru nebo dialyzátoru, kde se toxické látky z krve difundují do dialyzační tekutiny. Krev bez toxinů se pak se vrací do těla pacienta skrze kanylovanou žílu. HD je pomalý proces, který se provádí připojením pacienta k přístroji po dobu asi 4 až 4 a půl hodiny, 2x nebo 3x týdně. Kromě toho, dialýza obnáší nutnost každodenní konzumace množství léků a striktní dodržování redukční diety tekutin a jídla.

Dle Tesaře (2003a) hemodialýza využívá 2 základní fyzikální principy – difúzi a filtraci přes polopropustnou dialyzační membránu. Vlastní očišťování krve probíhá v dialyzátoru (součást umělé ledviny), kde dialyzační membrána odděluje krev a dialyzační roztok. Existují dva typy dialyzátorů – kapilární a deskový. Pro napojení pacienta k hemodialyzačnímu přístroji je

nezbytný kvalitní cévní přístup, který slouží k opakovatelnému zajištění přítoku krve do dialyzátoru. Zavedení trvalého cévního přístupu je nezbytné u pacientů zařazených v pravidelném dialyzačním programu (2-3x týdně po dobu měsíců až let). Těmto pacientům se zavádí arteriovenózní fistule tzv. píštěl, který vstupní žílu rozšiřuje a umožňuje tím punkci. Naopak pacientům, kteří jsou hemodialýzou léčeni jen dočasně (např. při ASL) se zavádí dvojcestný katétr. Se zaváděním těchto cévních přístupů může ale docházet ke komplikacím jako je krvácení, trombóza, infekce nebo hematomy. Pro ilustraci technických parametrů a principu fungování hemodialyzačního přístroje přikládám obr. 2.

**Obr. 2: Princip HD (IKEM, Klinická nefrologie, 2012)<sup>10</sup>**

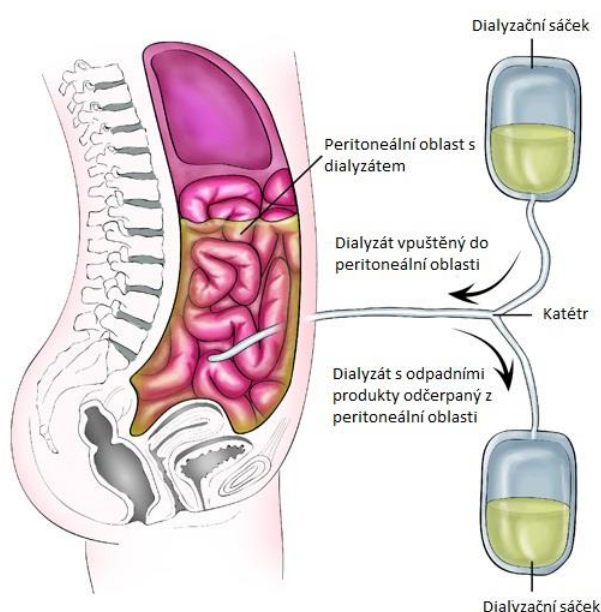


**Peritoneální dialýza** hovorově nazývaná „domácí dialýza“ pracuje na principu napuštění speciální tekutiny do peritoneální dutiny (peritoneum neboli pobřišnice) a jejím periodickým vypouštěním a znovu-napuštěním (Teplan, 1998). Peritoneální dialýza je tedy alternativou hemodialýzy pro léčbu ESRD. Nevýhodou této metody je dlouhodobé vystavování pacienta účinkům hyperosmotickým, hyperglykemickým, a kyselým roztokům, které jsou používány při PD a které bývají často příčinou chronických zánětů pobřišnice. Tyto komplikace jsou zjištěny až u 20% pacientů léčených PD (Yáñez-Mó, Lara-Pezzi, Selgas, Ramírez-Huesca,

<sup>10</sup> dostupné z: <http://www.ikem-nefrologie.cz/cs/o-nas/co-u-nas-lecime/dialyzacni-program/>

Domínguez-Jiménez, et al., 2003). Peritoneální dialýza funguje na principech již popsané dialýzy, v tomto případě je ale dialyzační membránou peritoneum. Tesař (2003a) objasňuje, jakým způsobem může probíhat výměna dialyzačního roztoku, které se liší dle typu PD. V případě kontinuální ambulantní PD je dialyzační roztok nepřetržitě umístěn v dutině břišní pacienta a před její aplikací je nezbytné, aby byl pacient proškolen o provedení výměny dialyzačního roztoku, která probíhá 4-5 krát denně. V případě kontinuální cyklické PD k denní výměně roztoku nedochází, ale dochází k ní v noci (3-5 krát), zde výměnu realizuje za pacienta speciální zařízení – *cyklerem*. Tato metoda bývá často volena mladšími pacienty, protože jim umožňuje větší možnost pokračování v pracovní kariéře. PD bývá doporučena také dětským pacientům, diabetikům I. typu nebo jedincům s problematickým cévním přístupem. V případě komplikací se objevují typické symptomy zánětu pobřišnice např.: teplota, zvracení, průjem, bolesti břicha.

**Obr. 3: Princip PD** (převzato a přeloženo z Freedomtolive.com, 2013)<sup>11</sup>



#### 1.4.2.2. Transplantace

První transplantace ledvin proběhla v roce 1954 v nemocnici Peter Bent Brigham v Bostonu a byla provedena Dr. Joseph E. Murrayem, dárce ledviny bylo identické dvojče pacienta. Dr. Murray byl za tuto první transplantaci v roce 1990 oceněn Nobelovou cenou.

<sup>11</sup> Dostupné z: <http://www.freedomtolive.com.my/en/news-peritoneal-dialysis.html#.VmgOcnYvfIU>

Transplantace je vhodným způsobem náhrady funkce ledvin jak pro děti, starší pacienty i diabetiky a další pacienty trpící CHRS. Transplantovaná ledvina nemocnému poskytuje šanci na vyšší kvalitu života oproti oběma typům dialýzy (viz García & Calvanese, 2008). Pacienti po úspěšné transplantaci také obecně vykazují lepší vitalitu a díky větší nezávislosti se mohou jednodušeji vrátit ke svému životnímu stylu, kterým žili před progresí CHRI (Walser & Thorpe, 2004). Někteří pacienti dnes žijí s novou ledvinou už přes 20 let. Věkově je transplantace ledviny možná už u dětí starších 6 měsíců a dříve přijímané omezení horní hranice na 60 let, kdy byla transplantace považována za vysoce rizikovou, je dnes již překonána a novou ledvinu tak mohou získat i starší pacienti (Tesař, 2006).

Počet pacientů s CHRS léčených náhradní funkcí ledvin je stále vyšší. Léčba dialýzou je velmi nákladná, z celkových nákladů na zdravotní péči jdou 4–7 % na dialyzované pacienty, kteří tvoří 0,1–0,2 % populace. Kvalita života dialyzovaných pacientů je oproti transplantovaným pacientům výrazně nižší a jejich mortalita v terminálním stadiu CRD je velmi vysoká (ročně 20–25 %). Pacienti po transplantaci ledviny mají asi 10krát nižší mortalitu než pacienti na dialýze, přesto je jejich úmrtnost oproti běžné populaci ve stejné věkové kategorii výrazně vyšší. Další významnou roli u mortality pacientů s CHRS zastává také komorbidita. Rychlejší progrese nemoci se projevuje u diabetické nefropatie a naopak pomalejší u nefrosklerózy, obezita se dokonce projevuje jako ochranný faktor. Příčinou úmrtí pacienta tedy nemusí být a mnohdy není CHRS, nýbrž jiná komorbidní nemoc jako např. kardiovaskulární onemocnění, urémie, diabetes nebo infekce. Úmrtnost rovněž výrazně ovlivňuje věk pacienta (nad 65 let je vyšší) a doba léčby náhradou funkce ledvin (Evans, Fryzek & Elinder, 2005).

U všech pacientů v konečném stádiu CHRS by měla být zvážena možnost transplantace ledviny. Problém, který je však vždy třeba uvážit, je imunitní reakce příjemce na transplantovanou ledvinu, v jejímž nepříznivém případě může dojít až k jejímu nepřijetí. Pro vyloučení této závažné komplikace je třeba ověřit kompatibilitu krevních skupin dárce a příjemce. Úspěšně transplantovaná a uchycená ledvina dokáže pacientovi zprostředkovat plnou funkci zdravé ledviny. V případě živého dárce je roční pravděpodobnost přežívání příjemce až nad 95%. Nemluvě o zvýšení kvality života oproti dialyzovaným pacientům. S každým dalším rokem je však ztraceno 5-8% transplantovaných ledvin (Teplan, 1998).



Úspěšná transplantace také vyžaduje koordinovanou práci, kterou vykonává celý zdravotně-pečující tým zahrnující nefrologa, transplantačního chirurga, transplantačního koordinátora, farmaceuta, dietologa a sociálního pracovníka. Podstoupení transplantace bez předchozí zkušenosti s dialýzou je neobvyklé. Je zde totiž velká pravděpodobnost, že pacient bude na novou ledvinu čekat příliš dlouho a mezi tím dochází k postupné progresi CRD, kdy se dialýza stává nutností pro zachování pacientova zdravotního stavu a vyhnutí se dalším možným komplikacím. Transplantace vyžaduje užívání imunosupresivních léků, které mají velmi malé, ale přesto vážné riziko vzniku malignity (Walser & Thorpe, 2004).

Možnosti transplantačních programů jsou nedostatečné, neboť poptávka po orgánech je stále vyšší a jednoznačně přerůstá dostupnost náhradních orgánů vzhledem k malému počtu potenciálních i skutečných dárců (García & Calvanese, 2008). U transplantovaných pacientů se vyskytuje vysoké riziko kardiovaskulárních komplikací, uvádí se úmrtnost kolem 25% pacientů s fungujícím ledvinovým štěpem (Teplan, 1998). *Transplantace jsou prováděny ve specializovaných transplantačních centrech (Brno, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava, Plzeň, IKEM Praha), kam je pacient převezen z mateřského dialyzačního střediska po výzvě, že je k dispozici odpovídající ledvina. Po přijetí v transplantačním centru je provedeno předoperační vyšetření... Operace probíhá v celkové narkóze a trvá asi jednu hodinu. Principem operace je vyhledání pánevní tepny a žíly v podbřišku, většinou na pravé straně, na které je přišita tepna a žíla transplantované ledviny.... První dny po operaci je pacient na JIP. Pokud je pooperační průběh normální, nemocný je předán na nefrologické oddělení, kde je sledována funkce štěpu a celkový stav nemocného do propuštění (Točík, 2001).*

Rozlišujeme 2 základní typy transplantace ledvin, a to ze žijícího a ze zemřelého dárce. Nejvýhodnější možností pro nemocného s CHRS je transplantace ledviny ze žijícího dárce z důvodu možnosti načasování a nižšího rizika komplikací, ledvina od živého dárce většinou pracuje lépe a déle než ledvina ze zemřelého dárce. Nicméně 95% ledvinových štěpů pochází od zemřelých (Teplan, 1998). V případě živých dárců se jedná nejčastěji o příbuzného, který je zaprvé ochoten a za druhé zdravotně způsoben svoji ledvinu darovat. Dárce se může stát i jedinec ve vysokém věku, pokud mu to dovoluje jeho zdravotní stav. Např. ve Španělsku je 50% dárců starších 60 let a 25% dárců starších 70 let (Morales, Gutiérrez & Hernández, 2015). Dárce se může stát i nepříbuzný, často se jedná o partnera nebo dobrého přítele, který má vhodnou krevní skupinu. Jiným možným typem transplantace ze žijícího dárce je tzv. zkřížená transplantace. Tato možnost je volena v případě, kdy má

nemocný dárce ochotného svou ledvinu darovat, ale který nemá vhodnou krevní skupinu. Transplantační středisko tak může této dvojici zprostředkovat jinou dvojici se stejným problémem, pokud se tím v obou případech překážky odstraní. Samotná transplantace pak probíhá v jeden den (Smržová, in Nefrologie.eu).

## 2. Vyrovnávání se s nemocí:

V souvislosti s emočním prožíváním chronického onemocnění, jež je ústředním tématem mé práce, považuji za podstatné věnovat oddělenou kapitolu problematice vyrovnávání se s nemocí, které v ideálním případě směřuje k jejímu přijetí. Do procesu vyrovnání se s nemocí emoce a jejich prožívání nepochybně patří a mohou tak hrát i významnou roli v dalším průběhu onemocnění a procesu léčby. Důkazy o vlivu emocí na zdravotní stav nemocného nalezneme např. v psychosomatické medicíně. F. Alexandr jako jeden z prvních představitelů psychosomatiky zastával názor, že emocionální zážitek dokáže aktivovat nebo i potlačit funkci všech orgánů, které ovšem při zdravém stavu svou funkci obnovují po ústupu emočního impulsu. Potlačované emoce jako je úzkost, deprese, pocity viny nebo frustrace vedou k nežádoucímu chronickému stavu systémů nervového vegetativního a endokrinního (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba, Feleide Eyolf, 2010). Domnívám se, že pacient, který nezvládá přijmout svůj trvale změněný zdravotní stav, neadaptuje se zcela nárokům léčby a životním omezením, která zajisté CHRS přináší, může tyto negativní emoce prožívat častěji než zdravý jedinec. Pokud pacient prožívá negativní emoce, které nemůže nebo nedokáže přirozeně ventilovat či je dokonce popírá, svému zdravotnímu stavu tak možná i přitěžuje.

### 2.1. Vymezení somatické nemoci

*„Somatická choroba působí také na psychiku nemocného. Má svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného“* (Vágnerová, 2008, s. 75). Nemoc považujeme za stav fyzické i psychické disharmonie, kterou má náš organismus přirozenou tendenci eliminovat. Nemoc ať už akutní nebo chronickou zajisté lze považovat za zátěžovou situaci, se kterou se naše tělo i duše potřebují vyrovnat. Pokud se jedná o závažné onemocnění, stává se nemoc velkou životní zátěží, která ovlivňuje nejen fyzickou schránku, ale i psychiku nemocného. Vlivem vážné nemoci se mění jak akutní prožívání a reagování, tak i některé osobnostní vlastnosti zasaženého jedince. Psychický stav nemocného je tak považován za nedílnou součást procesu nemoci a může mít i významný vliv na její průběh, např. dobrý psychický stav (pozitivní emoce) může přispět k rychlejšímu zotavení, naopak špatný psychický stav (negativní emoce) vede k progresi nemoci a celý proces uzdravení komplikuje. Chronické onemocnění či postižení mohou pro jedince představovat několik výzev k vyrovnání se s novou situací. I když každá nemoc může představovat specifické obtíže, Moos a Schaefer (1984, in Reynolds,

1997) tvrdí, že chronicky nemocní pacienti čelí čtyřem společným adaptivním úlohám, které jsou následující:

- zachování uspokojivého sebeobrazu a pocit úspěšnosti či způsobilosti;
- zachování psychické rovnováhy (např. udržení naděje a humoru; ovládání úzkosti, hněvu a dalších negativních pocitů);
- udržení pozitivních vztahů s rodinou a přáteli;
- příprava na nejistou budoucnost.

Vágnerová (2008) posuzuje onemocnění ze tří hledisek:

- **Somatický aspekt** – příznaky onemocnění jako jsou tělesné obtíže typické pro chorobu, představující specifický problém a omezení, akutní potíže, závažnost i prognóza nemoci.
- **Psychický aspekt** – souhrn emočních prožitků ovlivněných změnou zdravotního stavu, racionálním zhodnocením choroby a s tím souvisejícím chováním nemocného; psychická reakce na nemoc je určena nejen konkrétní nemocí, ale rovněž osobností a vývojovou úrovní nemocného, jeho zkušenostmi, a dalšími predispozicemi pro zpracování významu své nemoci a adaptování se nové (zátěžové) situaci.
- **Sociální aspekt** – společenské hodnocení, postoje a chování laické veřejnosti vůči nemoci jsou další faktory, které ovlivňují pacientovo subjektivní vnímání nemoci, při čemž hraje roli také typ choroby, osobnost, věk, premorbidní sociální postavení apod.

Jak již bylo naznačeno, nemoc posuzujeme z hlediska objektivního a subjektivního. Objektivní pojetí nemoci je např. lékařské hodnocení příznaků a projevů, určení přesné diagnózy. Subjektivní prožívání a vlastní hodnocení choroby nemocným významně ovlivňuje celkovou reakci na nemoc a míru jeho utrpení. Postoje jednotlivých pacientů k dané nemoci se mohou významně diferencovat a tím se může znatelně lišit i jejich prožívání té samé choroby (Vágnerová, 2008).

## 2.2. Adaptace na nemoc

Mechanismy psychické adaptace na zátěžovou situaci jsou úzce spjatý se zvládáním nemoci a je užitečné je krátce zmínit. V zátěžových situacích obecně používáme různé obrany, které jsme si osvojili z minulých zkušeností. Obrany, které se u nás v minulosti projeví jako užitečné a funkční si fixujeme tak, abychom je mohli v příští podobné situaci použít. Další roli pro tvorbu našich obranných mechanismů hraje celková sociokulturní zkušenost a

společnost, v níž žijeme nebo jsme byli vychováni. Hlavním cílem našich naučených obranných reakcí je uchování vnitřní rovnováhy – psychické pohody. Některé naše obranné mechanismy ale nemusí být v určitých situacích zcela funkční (Vágnerová, 1008).

Psychické obranné mechanismy umožňují nejen usnadnění vyrovnání se s nemocí, ale také ukrývají riziko maladaptivní reakce, která naopak vyrovnání se s nemocí znemožňuje a může mít další nežádoucí vliv na zdravotní (tělesný i duševní) stav nemocného. Mezi základní způsoby vyrovnání se s nemocí patří (3. LF UK<sup>12</sup>):

- **Adaptace na nemoc** - schopnost vyrovnat se s následky choroby, přizpůsobit život změněné situaci, dodržovat léčbu a omezení, která z ní vyplývají za účelem uzdravení nebo udržení stávajícího zdravotního stavu; obnova schopnosti prožívat pozitivní emoce, být aktivní za přizpůsobení se novým životním podmínkám (tělesné omezení, hospitalizace), pacient, který se na svou nemoc adaptuje, je schopen zažívat i pozitivní emoce.
- **Maladaptace na nemoc** - trvalé odmítání diagnózy nemoci, přetrvávání symptomů deprese a úzkosti, trýznivé pocity z omezení v životních možnostech; nemocný neakceptuje léčbu – neužívá léky, nedodržuje doporučení lékaře, tedy není kompliantní (*noncompliance*); u nejzávažnějších případů může docházet i k sebevražedným myšlenkám, tendencím až k její realizaci, maladaptace souvisí více s negativními emocemi a dysfunkčními obrannými mechanismy jako je popření, zlost, vztek, regrese, deprese, úzkost atd.

Základ všech obranných strategií vychází z fylogeneticky velmi starých mechanismů, které známe jako únik nebo útok, a jejichž volbu pečlivě zvažujeme dle našich zkušeností a predisposic. Útok je považován za aktivní formu obrany a projevuje se tendencí bojovat s ohrožujícím faktorem nebo nežádoucí situací. Jedinec v útoku uplatňuje agresi, kterou používá jako zbraň vůči vnějšímu objektu, ale někdy ji obrací i sám vůči sobě – autoagrese v podobě sebepoškození nebo suicidálního chování.

Únikové reakce jsou ty, které vnímáme spíše jako pasivní způsoby řešení problému. Jedná se o situace, které neumíme nebo nedokážeme řešit jiným způsobem. Únik zde může mít několik podob, a to jak doslovný útěk od ohrožujícího objektu nebo situace, nebo únik formou změny postoje, hledání podpory či rezignace na uspokojení (Vágnerová, 2008). Naše obranné mechanismy fungují nevědomě, a proto je těžké je vědomě ovládat a řídit. Dělení obranných

---

<sup>12</sup> Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html>

mechanismů, které již jako první vymezil S. Freud a poté je o další doplnila jeho dcera A. Freudová (viz Freud, 2006), nepovažuji za nutné dále uvádět vzhledem k tématu mé diplomové práce. Zmiňuji je pouze z důvodu uvedení do problematiky zvládání nemoci, na které navazuje konkrétní vymezení a popis strategií zvládání nemoci.

Existují různé způsoby – strategie, jakými se pacient může vyrovnávat se svou nemocí. V základním třídění je dělíme na strategie pasivní a aktivní. O **aktivní přístup** se jedná, když pacient přistupuje k řešení sám z vlastní iniciativy, sám si vypracuje plán možného řešení problému, který je zdrojem jeho motivace, tedy energii potřebné k jeho aktivitě. Aktivní strategií může být např. návštěva lékaře, braní léků dle předpisu, dodržování doporučené diety apod. **Pasivně** přistupuje pacient ke své nemoci v případě, kdy si svou nemoc odmítá připouštět a tím ji jakýmkoli způsobem řešit. Odmítá tedy návštěvu lékaře, užívání medikamentů, dostatečně neodpočívá apod. Svoje obtíže nepovažuje za významné či závažné, svůj problém tedy popírá nebo bagatelizuje. Z dělení strategií zvládání nemoci vyplývá jistá polarita. Aktivní přístup vnímáme jako zdravý a pozitivní, za to ten pasivní jako nežádoucí, nemoc podporující. Nemusí tomu tak ale být ve všech případech. Někdy může být pasivní přístup pacienta jen obranou vůči tvrdé realitě, která mu dodává sílu přečkat nejtěžší období nemoci. Naopak přehnaně vyvíjený nátlak na rychlé vyřešení, tedy vyléčení nemoci, může způsobit i více škody než užitku (Křivohlavý, 2002).

Jiný pohled na zvládání nemoci je z hlediska procesuálního, kdy boj s nemocí dělíme do několika dílčích stádií. Asi nejznámější vymezení procesu vyrovnávání se nepříznivým osudem přinesla E. Kübler-Rossová. Autorka popisuje 5 stádií vyrovnávání se s terminální nemocí. Později byla její teorie aplikována i na vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby, tzv. stadia truchlení (smutku). Autorka dále upozorňuje na to, že stejně jako se liší naše životy, liší se i způsob, jakým se vyrovnáváme s nemocí (se ztrátou). Jednotlivá stadia provázejí procesem, v jehož cíli je, ale nemusí vždy být, smíření se s vážnou nemocí (se ztrátou). Uvědomění si, v jakém stádiu vyrovnávání se nacházíme, může nemocnému pomoci lépe se vyrovnat s aktuální situací (Kübler-Ross, & Kessler, 2014).

1) **Popírání (*denial*)** – první stádium pomáhá přežít současnou situaci. Svět ztrácí smysl a je vnímán jako ohrožující místo. Přírozenou reakcí je šok, popírání a emoční otupělost. Je obtížné nalézt důvod, proč žít dále. Je těžké překonat každý nadcházející den. Popírání je obranným mechanismem, který umožňuje vyrovnat se s aktuální situací a přežít, pomáhá přecházet pocity smutku. Popření je milost a přirozený způsob, jak k sobě pustit jen tolik, kolik je možné zvládnout.

- 2) **Hněv (*anger*)** - je nezbytnou etapou v procesu hojení. Připuštění si, že cítíme hněv v jeho plné intenzitě, je obtížným, ale zároveň osvobozujícím krokem k psychické úlevě. S hněvem se mohou začít uvolňovat další emoce, které je třeba osvobodit a nechat odžít. Hněv může být pocíťován vůči komukoli – vůči rodině, přátelům, lékařům, sama k sobě, nebo i vůči Bohu. Stádium hněvu provázejí pocity osamocení více než kdy jindy, hněv ale odkrývá bolest, která se skrze něj dere na povrch. V hněvu je také síla a má funkci dočasné kotvy, která dodává strukturu v pocitech nicotnosti, vzniklých odhalením závažnosti onemocnění.
- 3) **Smlouvání (*bargaining*)** – smlouvat může nemocný např. s Bohem, aby byl ušetřen před nemocí výměnou za cokoli. Může smlouvat o to, aby byl jeho život vrácen v čase, touží po tom, aby se probudil ze zlého snu a vše bylo jako dříve. Spolu s potřebou smlouvání se začíná vynořovat i pocity viny, nemocný uvažuje nad tím, co mohl udělat jinak, aby k jeho utrpení nedošlo. Vyjednává i s bolestí, kterou cítí, a vyhledává způsoby, jak se jí vymanit. Nachází se stále v minulosti a snaží se vyjednat si cestu z utrpení. Stádium smlouvání může trvat hodiny, týdny, ale i dlouhé měsíce.
- 4) **Deprese (*depression*)** – po smlouvání je pozornost nemocného přesunuta do současnosti. Vstupují do něho pocity prázdnoty a zármutek, jeho život je zasažen na té nejhlubší úrovni. Stadium deprese je vnímáno jako nekonečné. Zde je ale důležité chápat, že je deprese přirozenou částí procesu truchlení a nelze ji považovat za příznak duševní choroby. Je to adekvátní reakce na hlubokou a bolestivou ztrátu. Odstoupení od života do šera intenzivního smutku, kde nemocný sám intenzivně přemýšlí, jak žít dál. Je-li smutek procesem hojení, pak deprese je jedním z mnoha nezbytných kroků na jeho cestě.
- 5) **Smíření (*acceptance*)** – smíření bývá často zaměňováno s pojmem být „v pořádku“ nebo „OK“ s tím, co se stalo. Ale zde tomu není tak, většina lidí totiž není vůbec v pořádku a necítí se „OK“, když pomyslí na onemocnění, kterým trpí. Toto stádium je o přijetí skutečnosti a uznání, že tato nová realita je stálou realitou. Nikdy z této skutečnosti nemusí být dotyčná osoba zcela v pořádku, ale nakonec je schopna situaci akceptovat a smířit se s ní. Učí se s ní žít jako s novou normou, smiřuje se s tím, že její minulost byla navždy změněna, musí ji přijmout jako součást svého života a přizpůsobit se tomu. Nalezení přijetí může znamenat pouze mít více dobrých dnů, než špatných. Pacient s vážnou nemocí už nikdy nemůže fungovat tak jako dříve, ale je nadále schopen udržovat smysluplné vztahy, kde otevřeně projevuje své pocity.

Záměrem modelu Kübler-Rossové je poskytnout lidem, kteří se ocitli v těžké životní situaci, nástroj, který pomáhá formovat a identifikovat emoční prožitky a poskytuje významné a užitečné informace k tomu, jak se lépe vypořádat se životem a ztrátou.

Jiné stručnější dělení fází procesu boje s nemocí vymezil Shontz (1975, in Křivohlavý, 2002), který z Kübler-Rossové vycházel:

- 1) **Šok** – psychický stav ustrnutí a zděšení zároveň, mentální odpoutání se od reality, ztráta duchapřítomnosti.
- 2) **Usebrání** – psychický návrat do skutečnosti, výrazně negativní emoce, neuspořádané myšlení, objevují se pocity jako strach, obavy, zármutek, žal, bezmoc apod.
- 3) **Stažení se ze hry** – stav únikového mentálního osamocení, popření, duševní tíhy, změna postoje k situaci, příležitost k vypracování plánu pro další postup.
- 4) **Tvorba k programu řešení krize** – přirozená potřeba odstranit stav fyzické a duševní nerovnováhy a znovuzískání vnitřní harmonie (z tohoto principu vychází teorie i praxe krizové intervence).

Pacient s chronickým onemocněním často musí přehodnotit své aspirace, životní styl nebo zaměstnání. Mnoho z těchto pacientů si prochází obdobím truchlení, což je přirozený způsob, jak se s těžkou životní situací vyrovnat a smířit. Jiní ale zažívají dlouhodobý distres a mohou se u nich začít rozvíjet i psychiatrická onemocnění, nejčastěji deprese a úzkost (Turner & Kelly, 2000).

### 2.3. Postoj pacienta k nemoci

Dle Jobánkové (1992) může pacient zaujmout ke své nemoci rozdílné postoje, na základě toho je můžeme dělit do specifických skupin:

- **Normální postoj k nemoci**
- **Bagatelizující postoj** – podceňování závažnosti choroby, nedodržování léčebného režimu apod.
- **Disimilační postoj** – záměrné zkreslování informací o svých zdravotních obtížích a jejich popírání, záměrem je např. brzký návrat do práce z důvodu obav ze ztráty zaměstnání.
- **Nozofobní postoj** – abnormální až patologický strach z nemoci, neustálé navštěvování lékařů a podstupování různých lékařských vyšetření kvůli obavám z vážného onemocnění.
- **Hypochondrický postoj** – přesvědčení nemocného, že trpí vážnou chorobou a podléhá jí.



- **Nozofilní postoj** – pozitivní vztah k nemoci a čerpání výhod role nemocného (nemusí pracovat, chodit do školy apod.)
- **Účelový postoj** – zveličování příznaků nemoci (aggravace), předstírání nemoci k získání výhod (simulace) nebo nevědomá disimulace, zastírání skutečného stavu (repudiacce)

Křivohlavý (2002) také rozděluje typy pacientů dle jejich postoje k nemoci:

- **Somatizéři** – jedinci, kteří své psychické nepohodlí či obtíže projektují do fyzického zdravotního stavu (somatické příznaky);
- **Lidé „ustrašení“** – často navštěvují lékaře s přesvědčením, že trpí vážnou nemocí (hypochondři);
- **Lidé mající z nemoci užitek** – simulanti a disimulanti.

## 2.4. Pacientovo pojetí nemoci

Pacient svou nemoc vnímá jak na vědomé, tak i na nevědomé úrovni. Vytváří si svá vlastní přesvědčení, kognitivní reprezentace a je ovlivňován i nevědomými schémata, která si utváří na základě vnímání symptomů své nemoci. Subjektivní vnímání a interpretace změněného zdravotního stavu zásadně ovlivňuje emoční prožívání pacienta. Pacientovo vnímání, prožívání a přesvědčení o své nemoci je ovlivněno řadou faktorů, které rozhodují o jeho následném jednání. Jsou jimi informace sdělené lékařem, jako je diagnóza, její závažnost, způsob léčby, předpokládaná délka trvání onemocnění a jeho léčby, omezení a povinnosti pro zvládnutí léčby. Na druhé straně je také pacientovo vlastní chápání nemoci, vysvětlení její příčiny, přesvědčení o kontrole – vlastní moci nad nemocí.

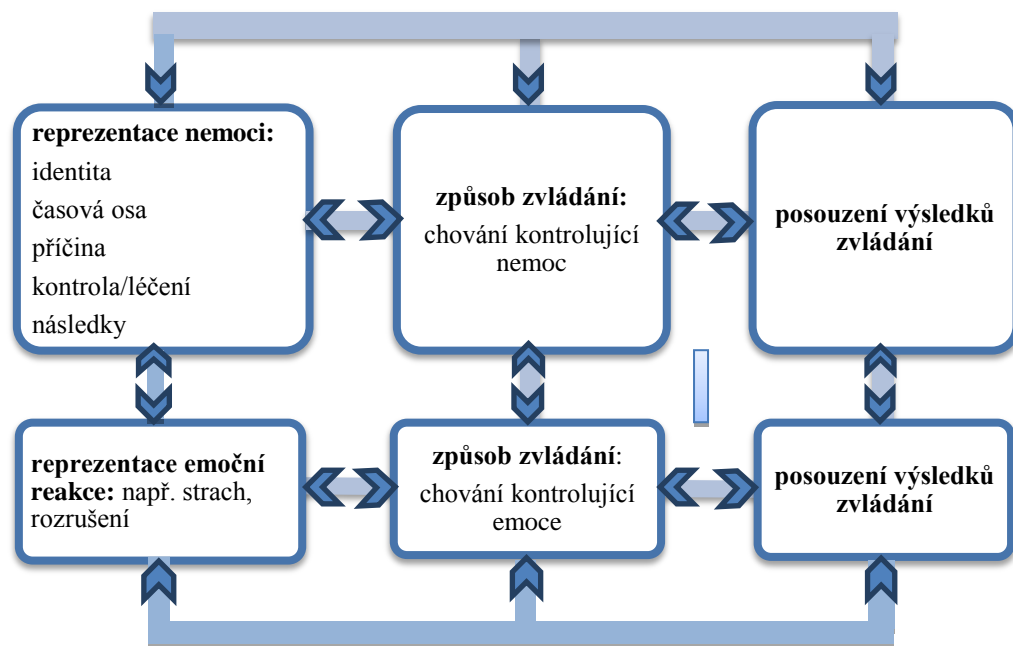
Časová osa neboli pacientova představa o délce trvání jeho nemoci je jedním z určujících faktorů jeho vnímání i prožívání nemoci a rozhoduje o způsobu jeho přizpůsobení se a dodržování léčebného režimu. Základní dělení nemocí dle jejich časové osy je na akutní, chronickou, cyklickou neboli remitující (Ayers & de Visser, 2015).

- **Akutní nemoc** – nemá dlouhodobé trvání, nemocný by se měl vyléčit bez dalších následků, za příčinné faktory nemoci se obvykle usuzuje bakteriální nebo virové působení.
- **Chronická nemoc** – trvání nemoci je dlouhodobé, léčba je časově náročná a východisko z nemoci nejisté, následky mohou být trvalé, představa o příčině nemoci bývá často spjata s nezdravými návyky a zvyky pacienta, tudíž může docházet k pocitům viny z vlastního zapříčinění zdravotního stavu. Chronická nemoc může vlivem délky a intenzity svého

trvání ovlivnit některé psychické i sociální aspekty nemocného, např. pacientovo sebepojetí, hodnotovou orientaci, postoje, intersociální vztahy, emoční prožívání apod.

- **Cyklická nemoc** – objevuje se v dílčích časových úsecích, kdy pacienta aktuálně trápí, úseky, kdy se nemoc projevuje, jsou vystřídány obdobími klidu, kdy veškeré příznaky nemoci odeznívají, a pacient nepocítuje zdravotní obtíže (Křivohlavý, 2002).

**Obr. 4: Autoregulační model rozpoznávání nemoci a chování v nemoci:**



(Leventhal et al., 1984, in Ayers & de Visser, 2015, s. 92)

Model Leventhala názorně vysvětluje, jak mohou reprezentace nemoci ovlivnit způsob zvládnání symptomů nemoci a proces léčby (Ayers & de Visser, 2015). Leventhal také popsal faktory, které predikují pacientovo chování v nemoci (Ogden, 2007):

- **sociální faktory** (učení, posilování, modelování a sociální normy)
- **genetika** (např. návykové a zdraví škodlivé chování)
- **emocionální faktory** (úzkost, stres, napětí a strach)
- **vnímané symptomy** (bolest, dušnost a únava)
- **přesvědčení pacienta**
- **přesvědčení zdravotníků**

To, že se nemocný stane pacientem, s sebou přináší mnoho zásadních změn. Na jedné straně se nemocnému dostává určité úlevy – nemusí do práce, do školy, nemusí se starat o domácnost nebo o děti. Předpokládá se, že ostatní zdraví členové domácnosti nebo rodiny budou o pacienta pečovat a pomáhat mu. Na druhou stranu, ale společnost také očekává, že budeme mít pacient optimistický přístup ke své nemoci, v boji se svou nemocí bude projevovat odvalu, bude plný naděje a navzdor všemu bude veselý. Od pacienta se očekává, že nebude propadat depresím ani truchlivému sebelitování, nebude si připouštět škodlivý stres a k nemoci se postaví jako k přemožitelnému soupeři. Naše kulturní prostředí tak jistým způsobem nutí pacienta, aby předstíral své pocity ohledně své nemoci, tím že bude pozitivně hlásat, že je mu dobře, na místo aby upřímně projevil a přiznal své skutečné emoční prožívání nemoci (Kratochvíl, 2002). Takovými pocity může být zcela logicky strach, úzkost, nejistota, bezmoc, nebo i zlost na sebe či na ostatní. Pokud v sobě pacient tyto emoce potlačuje, tak jak společnost vyžaduje, nepodporuje tím proces uzdravení, nýbrž tím obstarává další úrodné pole pro nemoc (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba & Faleide Eyolf, 2010). Některé somatické symptomy nemoci jsou následkem neúspěšné a potlačené exprese emocí spojených s traumatickou událostí. S těmito předpoklady přišel Breuer a Freud již před 120 lety a na jejich podkladech založil základy moderní psychosomatické medicíny F. Alexander. Psychologický konflikt vedoucí k represí prožívaného afektu se transformuje do fyziologické podoby, ve které se projevuje jako fyziologická disregulace a nemoc. Mezi nejčastěji jmenované nemoci, které se pojí se specifickými nevědomými konflikty, patří idiopatická hypertenze, bronchiální astma, peptický vřed, ulcerózní kolitida nebo revmatoidní artritida aj. Například hypertenze je z tohoto hlediska tělesným projevem neodžitéch nebo neuvědomělých agresivních tendencí jedince, tedy fyziologickou expresí potlačené emoce. Některé psychologické konstrukty související s reakcí na nemoc jako represivní dopingový styl, alexithymie, popření nebo potlačení, osobnost typu C a D mají společné právě negativní emoce, které nebyly vědomě odžity či navenek projeveny (Lane, 2008).

Každý pacient svou nemoc může prožívat a vnímat jiným způsobem a tím se na ni také rozdílně adaptuje (neadaptuje). Rozdílná reakce souvisí také s individuálním kognitivním zpracováním nemoci, každý máme totiž své vlastní laické přesvědčení o svém onemocnění (Leventhal & Nerenz, 1985, in Křivohlavý, 2002). Vlastní přesvědčení umožňují danému jedinci lépe se zorientovat v jeho zdravotním stavu a dávají mu určitý myšlenkový rámec, který mu zprostředkovává lepší pochopení své situace a zároveň snižuje pocit nejistoty.

Laické představy o vlastním zdravotním stavu pacienta se autoři Leventhal a Nerenz (1985, in Křivohlavý, 2002) pokusili vyjádřit v **5 kognitivních dimenzích**:

- I. **Identifikace** – jasné určení nemoci na základě příznaků;
- II. **Představa příčin zhoršeného zdravotního stavu** – co nemoc způsobilo;
- III. **Časové dimenze zhoršeného zdravotního stavu** – jak dlouho bude trvat léčba, rekonvalescence apod.;
- IV. **Následky zhoršeného zdravotního stavu** – co obnáší léčebný proces, jaké budou náklady na léčbu;
- V. **Léčitelnost zhoršeného zdravotního stavu** – závažnost onemocnění.

Vlastní pojetí nemoci pacienta vyplývá s představ, které si o své nemoci jako laik vytváří. Pacient má vlastní přesvědčení o příčině své nemoci, za čím stojí změna jeho zdravotního stavu, zaujímá postoj k omezením, která nemoc způsobuje nebo léčba vyžaduje. Důležitou roli při tom hraje pacientova víra a naděje v uzdravení nebo ve zlepšení či ustálení zdravotního stavu. Pacientova **kompliance**, tedy dodržování léčebného režimu, hraje nezbytnou roli v úspěšném léčebném procesu a také sbližuje jeho laické pochopení nemoci s odborným pohledem zdravotníků. Vedle pojmu compliance (ochota vyhovět, poslechnout, podvolit se vůli lékařů) existuje pojem **adherence** neboli respektování a dodržování doporučení lékařů. V současném zdravotnictví je kladen důraz na edukaci pacientů, tak aby lépe chápali a přijímali průběh onemocnění a jeho následnou léčbu (Mareš & Vachková, 2010). Nemocný by měl být seznámen s tím, *„jaká je příčina jeho nemoci, jakou má dodržovat dietu, jaké má užívat léky, jak se jmenují, jak působí a v jakých dávkách, jaké jsou vedlejší účinky. Pacient má vědět, které příznaky jsou tak závažné, že je má hlásit lékaři.“* (Válek, 1982, s. 36) Cílem edukace by mělo být nejen dodržování léčebného režimu, ale také pacientovo chápání celého procesu a ideálně i jeho vnitřní přijetí, které souvisí s důvěrou ve zdravotníky, vírou v postupné zlepšení zdravotního stavu a nadějí na úplné uzdravení. U chronického onemocnění však může být pacientovo přijetí trvalé změny zdravotního stavu, nároků léčebného režimu a s tím spjatými omezeními úkolem nelehkým, a samotná edukace proto nemusí stačit.

U některých onemocnění jako je CHRS je pacientova compliance až nezbytnou podmínkou jeho přežití, pokud totiž pacient v terminálním stadiu CHRS pravidelně nepodstupuje léčbu dialýzou, nedochází k očišťování jeho krve od toxických látek, jeho tělo začne selhávat a může zemřít. Pacienti musí být poučeni o své nemoci, protože přebírají část své léčby do vlastních rukou a zároveň nesou zodpovědnost za svůj stav (Válek, 1982). Přijetí skutečnosti,

že život pacienta závisí na dialyzačním zařízení, může být obtížné obzvláště pak u mladších pacientů. Léčba na dialýze ať už peritoneální nebo hemodialýze pacientovi zcela mění jeho dosavadní režim a klade mu celou řadu omezení.

### 3. Emoce a emoční prožívání

Naše emoce hrají velmi významnou roli v průběhu celého našeho života, protože nás každým bdělým momentem obohacují o prožitky příjemné nebo nepříjemné kvality. Emoce doprovázejí, obohacují a zušlechťují život, dávají význam naší každodenní existenci, zprostředkovávají ocenění či zhodnocení našeho hmotného i nehmotného vlastnictví, což znamená, že i náš vztah k fyzickému světu je podmíněn emocemi (Cacioppo, Berntson, Larsen, Poehlmann & Ito, 2001). Kapitola o emocích a emočním prožívání má za cíl stručně vymezit definici pojmu emoce a emočního prožívání a podat přehled nejznámějších teorií objasňujících vznik emocí.

#### 3.1. Definice emocí

Slovo *emoce*, tak jak je chápáno v současném významu, bylo v anglickém jazyce poprvé použito v roce 1579, kdy bylo převzato z francouzského výrazu *émouvoir* (rozvířit). Již dvouleté děti popisují základní emoce spontánně, bez toho aniž bychom je k tomu motivovali (Suchy, 2011). Význam pojmu emoce si však žádá daleko hlubší ponoření do historie, kam sahají první literární díla. Některé rukopisy antických filozofů dokazují, že se problematikou lidské afektivity zabírali lidé již v době starověku. Např. Platón dělil duševní procesy na poznávání, prožívání a jednání. Další významní filozofové jako Aristotelés, Descartes, Spinoza nebo Hume na Platóna navázali a pojímali emoce v propojení s kognicí a zabírali se tím, jak se vzájemně ovlivňují (Scherer, 1995). Vzhledem k tomu, že historické vymezení emocí nepovažuji za klíčové pro rozvoj tématu mé diplomové práce, nebudu se mu dále podrobněji věnovat a zaměřím se na samotnou definici pojmu emoce a její současné odborné pojetí. Psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2009, s. 138) emoce definuje jako „*pojem zastřešující subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziologickými změnami, motorickými projevy (mimika, gestikulace), stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti (láska, strach, nenávisť, aj.) lze u nich zjišťovat přibližování či vzdalování, intenzitu a čas trvání...*“ Dále pak tito autoři (tamtéž) uvádějí, že emoce dělíme na city, afekty, nálady a vášně, můžeme je kategorizovat jako vyšší emoce (př. soucit) a nižší (př. agresivita), jiné třídění emoce rozlišuje jako intelektuální, etické a estetické. Emoce obsahují fyziologické koreláty a výrazy tváře základních emocí (radost, smutek, odpor, strach a hněv) jsou vrozené, jak je již vědecky podloženo (viz Ekman, 2005).

*„Emoce jsou výrazem našeho subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému. Slouží jako prostředek aktuální orientace a s tím související regulace chování. Vyjadřují, zda je pro nás něco příjemné či nepříjemné, aktivizují nebo tlumí naše jednání...“* (Vágnerová, 2008, s. 67)

Nakonečný (2000) ve svém díle *Lidské emoce* rozlišuje hned několik dílčích pojetí definujících pojem emoce jako:

- komplexní citový stav doprovázený charakteristickou aktivitou motorického ústrojí a žláz;
- mentální stav organismu, charakterizovaný cítěním s doprovodnými motorickými projevy, vztahuje se k nějakému objektu nebo vnější situaci; nebo excitovaný stav mysli, jež doprovází zaměřené chování k cíli;
- afektivní stav jako důsledek nějaké překážky nebo oddálení instinktivní akce;
- dynamický projev instinktu (psychoanalytické pojetí);
- dezorganizovaná odpověď organismu
- aktivita organizovaná převážně vegetativní nervovou (autonomně kontrolovaný komplex chování).

Emoce jsou součástí limbického systému a emoční projevy spojujeme s autonomním nervovým systémem, jehož funkcí je koordinace celkové emoční reaktivity. Identifikace emocí i jejich poruch lze velmi zjednodušeně diferencovat dle jejich intenzity, délky trvání nebo kvality emočního prožitku (Vágnerová, 2008). Emoční prožívání je subjektivní proces, kdy každý jedinec na určitou situaci reaguje odlišně a může přitom zažívat odlišné emoce.

### **3.2. Klasické teorie a současné pojetí**

V posledních dekádách se problematikou emocí zabývají nejen psychologové a neurovědci, ale i odborníci z oborů ekonomie, ekologie a počítačové vědy. Tento multidisciplinární potenciál studia emocí přiměl psychology k zamyšlení nad jejich skutečným významem, který v současnosti výrazně přesahuje tradiční vědecké pojetí. Emoce bývaly v minulosti oddělovány od kognice, někdy až předkládány jako opak racionality a myšlení. Dnes jsou naopak s kognitivními procesy spojovány a někdy až v takové míře, že vysvětlují některé mechanismy jejich fungování, např. výzkum sociálních vědců z Kalifornské univerzity již na přelomu tisíciletí (Levine & Burger, 1997) prokázal, že rozdílná polarita emočního naladění má významně rozdílný vliv na zapamatování a zpětné vybavení z paměti. V pozitivním rozpoložení si vyprávěný příběh zapamatujeme komplexněji než v negativním, naopak

negativní emoční stav přispívá ke kvalitnější selekci funkčních informací a detailů. Obecně je známo, že emočně zabarvené zážitky si naše paměť vybavuje lépe, než ty bez emočního vlivu (viz Bower, 1981), v některých případech ale může mít vliv emocí na paměť zcela opačný vliv. Souvislost emocí a kognice je tedy dle psychologů i neurovědčů nezpochybnitelná a na základě tohoto faktu vzniká v moderní psychologii i řada konceptů založených na bázi kognice a emocí, jako např. „emoční inteligence“ nebo „emocionální uvažování“<sup>13</sup> (Suhy, 2011).

Teoretické pojmání emocí sahá stejně jako pojem sám do hluboké historie lidského vědění. Mým záměrem je podat přehled pouze základních soudobých teorií, které předkládají psychologové od konce 19. století až po současnost. K dnešnímu dni však mezi odborníky neexistuje ucelený názor, který by se přikláněl k jediné z předkládaných teorií. Autoři jednotlivých teorií mají tendenci se mezi sebou doplňovat, inspirovat, ale i zpochybňovat či vyvracet.

#### ➤ **James-Langova teorie emocí (periferní teorie emocí)**

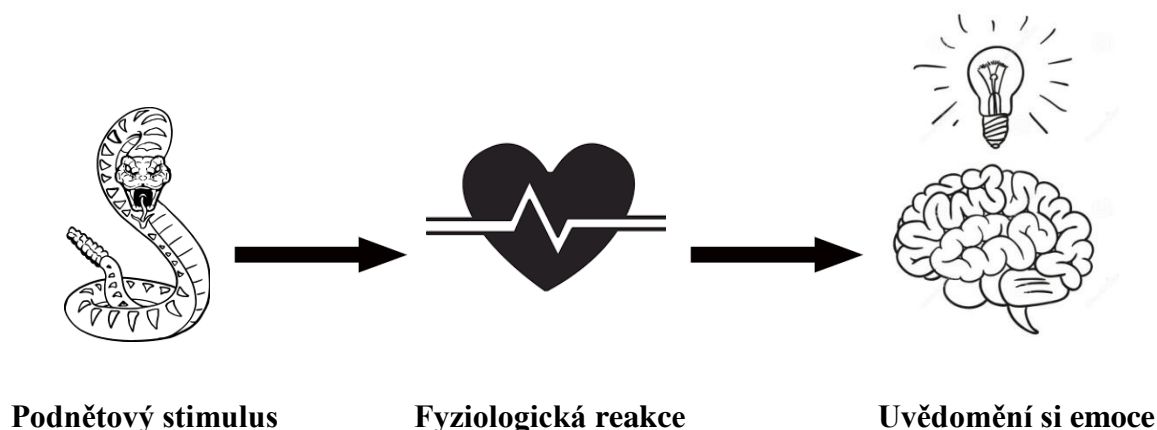
Průlomovou teorií, která zcela obrátila způsob nazírání na emoce, se stala *Periferní teorie emocí*, se kterou současně a na sobě nezávisle přišli psycholog a filozof W. James (1884) a fyziolog G. C. Lange (1885, in Suchy, 2011). James tehdy vyslovil formulaci, která věcně vystihuje jeho způsob nazírání na vznik emocí: „*nepláčeme, protože jsme smutní, ale jsme smutní, protože pláčeme.*“ Emoce jsou zde vnímány jako prožívání fyziologických procesů, které se dějí v našich orgánech a svaích (Švancara, 2003). Podkladem teorie Jamese a Langa se stal jejich společný názor, že pocity a emoce jsou až sekundárním jevem vůči fyziologickým procesům. James (1884, in Suchy, 2011) popisuje proces vzniku emoce v následujícím sledu: percepce tzv. existujícího faktu vede přímo k fyziologické odpovědi, na niž navazuje kognitivní interpretace dané fyziologické reakce, která vyústí v konkrétní emoci jako finální produkt celého procesu. Rozdílné emoční zkušenosti reflektují naše odlišné interpretace diferencovaných fyziologických stavů. Základním principem teorie emocí Jamese a Langa je, že odlišné emoce jsou charakterizovány zřetelně odlišnými fyziologickými vzorci. Vzrušující podnět uvádí v činnost naše vnitřní orgány a svaly, které vysílají signály skrze dostředivé dráhy do mozku (korzexu), kde dochází k uvědomění si emoce (viz Obr. 5)

---

<sup>13</sup>Emocionální uvažování (emotional reasoning) je kognitivní proces, který nastane, když člověk věří, že to, co cítí, platí bez ohledu na důkazy



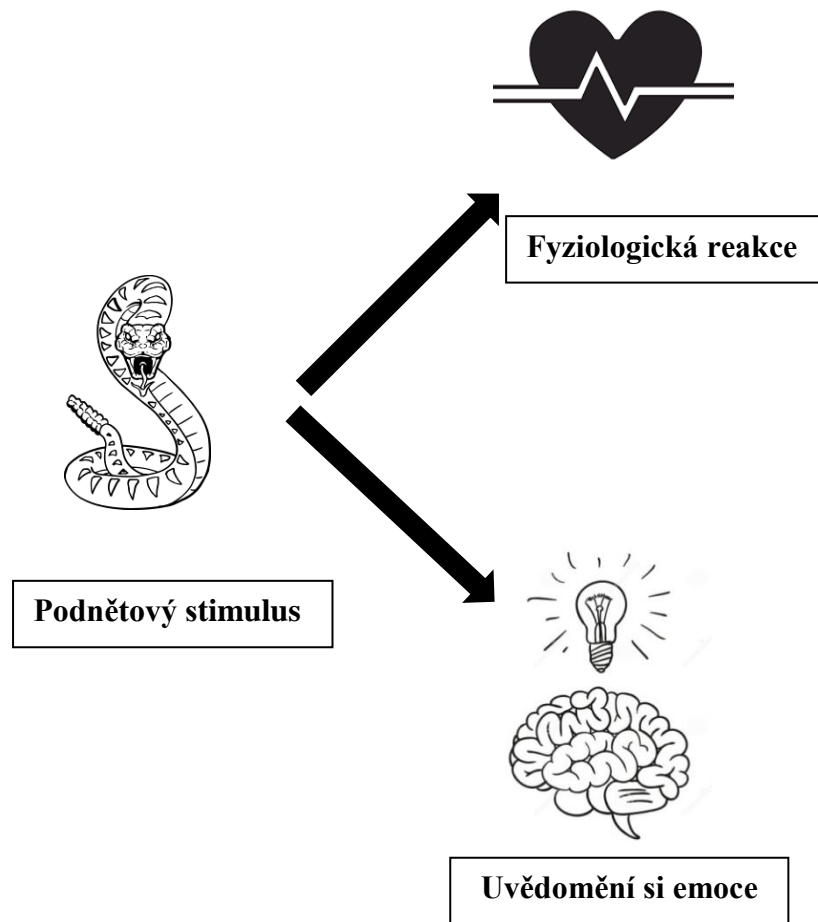
**Obr. 5: James-Langova teorie emocí** (volně převzato viz Suchy, 2011, s. 16):



#### ➤ Cannonova a Bardova teorie emocí

Cannon (1927, in Suchy, 2011) reagoval na teorii Jamese a Langa, v části s ní souhlasil a podpořil význam vlivu fyziologické reakce na emoce, na druhou stranu ale zpochybnil tvrzení, že samotná fyziologická odpověď by vysvětlovala subjektivní emoční zkušenost. Cannon se svým studentem Bardem (1934) pracovali vlastní teorii, ve které zahrnují jak senzorické, motorické tak i fyziologické informace, které prvně vedou do našeho mozku (diencephalon) a poté jsou teprve dále zpracovávány. Emoční stimulus tedy musí vyvolávat obojí jak fyziologický tak experimentální aspekt emoci současně (Suchy, 2011). Teorie vede k závěru, že podstatnou úlohu v genezi emocí má talamus, především pak jeho spodní část hypotalamus. Vzruch se vede z receptoru nervovou dráhou do talamu, kde aktivuje hypotalamické mechanismy, které způsobují emoční výraz na tváři (viscerální a svalovou aktivitou). Emoční kvalita vzniká na základě impulsů, které současně probíhají zpět do kortexu (Švancara, 2003).

**Obr. 6: Cannonova a Bardova teorie emocí** (volně převzato viz Suchy, 2011, s. 17):

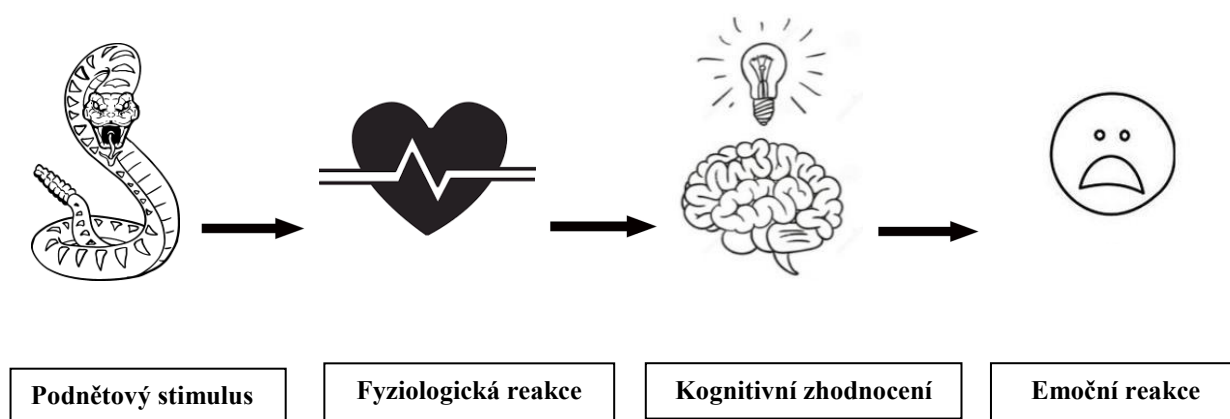


➤ **Dvou-faktorová teorie emocí**

Autor další významné teorie Schachter (1964, in Suchy, 2011), kterou vyvíjel se svým studentem Singerem, opět přikládal velký význam role fyziologie v utváření emocí. „*Dvou-faktorová teorie předpokládá nediferencovaný fyziologický základ a zapojení kognitivních procesů k vyhodnocení emoční události, jež určuje, jaká emoce bude prožívána*“. Jedná se o „*vědomou identifikaci příčin arousalu, která vede k prožívání dané emoční události*.“ (Slaměník, 2011, s. 20). Dle jejich pojetí fyziologické reakce přispívají emoční zkušenosti tím, že usnadňují výsledné kognitivní zhodnocení dané fyziologicky vzniklé události. Toto zhodnocení je definováno jako subjektivní emoční zkušenost. Emoce jsou tedy výsledkem dvoustupňového procesu: zaprvé fyziologické nabuzení (*arousal*) vzniklé reakcí na stimulus a za druhé kognitivním zpracováním v kontextu, ve kterém se stimulus objevil. Pro podložení dvou-faktorové teorie emocí autoři realizovali studii, která je dodnes považována za jeden z

nejznámější psychologických experimentů (viz Schachter & Singer, 1962). Výsledkem studie bylo potvrzeno, že nediferencované nabuzení (*arousal*) v kombinaci s konkrétním kontextem vede ke kontextově specifickým emočním zkušenostem. Emoční zkušenost je tedy funkcí dvou nezávislých procesů – fyziologického nabuzení a kontextu.

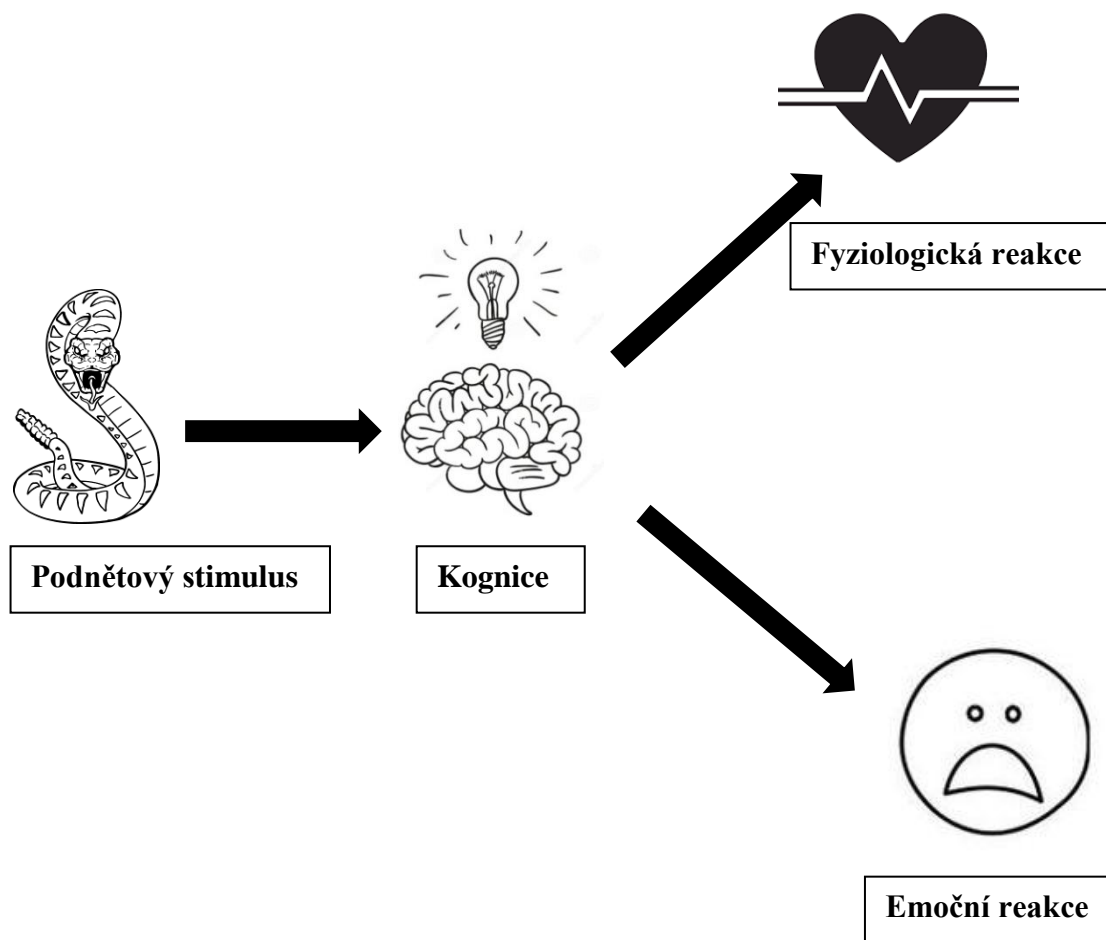
**Obr. 7: Dvou-faktorová teorie emocí**



#### ➤ Teorie kognitivní zhodnocení (R. Lazarus)

Dalším významným badatelem, který se zabíral emocemi a kognicí byl známý americký psycholog R. Lazarus, který zastával názor, že emoce jsou výsledkem kognitivního zhodnocení. Na základě svých studií prokázal hypotézu o tom, že kognice předchází emoce. V experimentu, který zrealizoval pro potvrzení tohoto předpokladu, prokázal, že odlišné subjektivní emoční zkušenosti a odlišné fyziologické stavy závisí na daném kognitivním nastavení (*cognitive set*). Podle Lazaruse je tedy emoční zkušenost evokována anebo tlumena pomocí naší kognice. Emoce není pouze fyziologické nabuzení (*arousal*), které je tradičně definováno jako hlavní atribut, tvrdí Lazarus (1984). I ve vzniku emocí hraje roli řada intervenujících proměnných. Emoce nejsou jen samotné chování, subjektivní zážitky nebo fyziologické změny, identifikace emocí vyžaduje zahrnutí všech těchto tří komponent do procesu jejich utváření. Svou významnou roli v identifikaci emoce zastává kognitivní zhodnocení podnětového stimulu (situace potencionálně vyvolávající emoční reakci).

**Obr. 8: Teorie kognitivního zhodnocení:**



➤ **Efekt pouhého vystavení (R. Zajonc)**

Do opozice k Lazarusově názoru o moci kognice nad emocemi se staví R. Zajonc, který na základě svého experimentu prokazoval opačné stanovisko. Emoce zde přicházejí jako první nezávisle na kognitivním zpracování. Účastníci experimentu prokazatelně neuplatňovali kognitivní kontrolu nad tím, jak se cítili. V experimentu byli studenti univerzity vystavováni specifickým slovům a obrazům, aniž by věděli, že je to součástí experimentu. Když byli později dotazováni, jak na ně dříve prezentovaná neznámá slova a obrazy působí, hodnotili pozitivně ty stimuly, které se opakovali častěji oproti těm, kterým byli vystavováni méně často, ty hodnotili více negativně. Efekt pouhého vystavení nezávisí na vědomém pocitu, že něco známe. Ve skutečnosti tento efekt na uvědomění nezávisí vůbec: dochází k němu i tehdy, když se opakovaná slova nebo obrazy mění tak rychle, že si pozorovatel vůbec není vědom, jestli už je někdy viděl. Přesto se mu budou více líbit slova, která byla prezentována častěji (Kahneman, 2012).

Předložené teorie jsou stále předmětem zkoumání představitelů vědecké psychologie a staly se inspirací mnoha zajímavých studií. Na základě experimentů jsou poodkrývány další zajímavé poznatky o vzniku a fungování našich emocí, leč tyto teorie nenacházejí společný konsensus. Lze jim přiznat, že ukazují pravdu každá z určitého stanoviska, dle kterého byly zformulovány výzkumné hypotézy a realizovány experimenty určené k jejich potvrzení. Nalezení jednotného stanoviska pro objasnění vzniku a fungování emocí je komplikováno vysokou subjektivitou a interindividuální variabilitou emočního prožívání. Naše emocionální složka je také ovlivňována celou řadou vnějších i vnitřních faktorů, jako jsou osobnost, pohlaví, nebo sociokulturní prostředí, ve kterém žijeme. Např. Kožený (1993, s. 531) uvádí, že *„osobnostní profil je jedním z faktorů, který významně determinuje emocionální složku interpretace existence jedince.“*

#### **4. Emoční prožívání nemoci**

Emoční prožívání chronického onemocnění může být problémem podobně závažným jako zvládání samotných fyzických projevů nemoci. Chronická nemoc a její následná terapie pacientovi přinášejí mnoho zásadních životních změn. Prožívání nemoci pacienta může mít ambivalentní charakter. Ovlivňuje jak autoplastický obraz nemoci (subjektivní), tak i objektivní příčiny. Na prožívání nemoci má zajisté vliv hospitalizace a dlouhodobá pracovní neschopnost. Pacient může být kompliantní – spolupracovat s lékaři a dodržovat léčebný režim, nebo naopak vzdát svůj boj o uzdravení (Zacharová, Hermanová & Šrámková, 2007). Každé vážné somatické onemocnění zasahuje určitým způsobem do integrity organismu jedince a může tak způsobovat odlišné psychické reakce.

Emoční prožívání pacienta má bezpochyby významný vliv na průběh jeho nemoci. Negativní emoce mohou nežádoucím způsobem ovlivňovat průběh nemoci, naopak pozitivní emoce jsou spojovány s projevy fyzického zdraví. Emoční prožívání nemoci může mít významný vliv na její celkový průběh a tím i významně ovlivňovat proces uzdravení. (Lewis, 1998). Fyzické a emocionální příznaky patří mezi hlavní projevy chronické nemoci a hrají ústřední roli ve zkušenosti pacientů s život omezujícím onemocněním. Existuje relativně malý počet studií, které se zaměřují na emoční prožívání u hemodialyzovaných pacientů. (Weisbord, Fried, Arnold, Fine & Levenson et al., 2005)

Jak už bylo v úvodu zmíněno, lékařská péče je často omezena jen na práci se somatickými aspekty nemoci, emoční projevy nemoci bývají mnohdy podceňovány. Je obtížné diagnostikovat např. depresi u somaticky nemocných pacientů, protože příznaky somatického onemocnění se od příznaků duševní choroby (nespavost, nechutenství, zácpa apod.) jen málo odlišují, přesto je ale psychologická diagnostika a především pak psychoterapie u somatických pacientů nezbytná (Turner & Brian, 2000). Averzivní emoční stavy jako je deprese, hostilita, úzkost, beznaděj apod. jsou spojovány s nepříznivými zdravotními důsledky, naopak pozitivní emoční stavy souvisejí více s příznivými zdravotními důsledky (Lane, 2008). Dle Garcíi a Calvanese (2008) není pochyb o tom, že výskyt deprese nebo úzkosti má vliv na účinnost léčby a zcela jistě i na celkovou kvalitu života nemocného, a tím i ovlivňuje jeho šanci na přežití.

## 4.1. Faktory ovlivňující prožívání nemoci

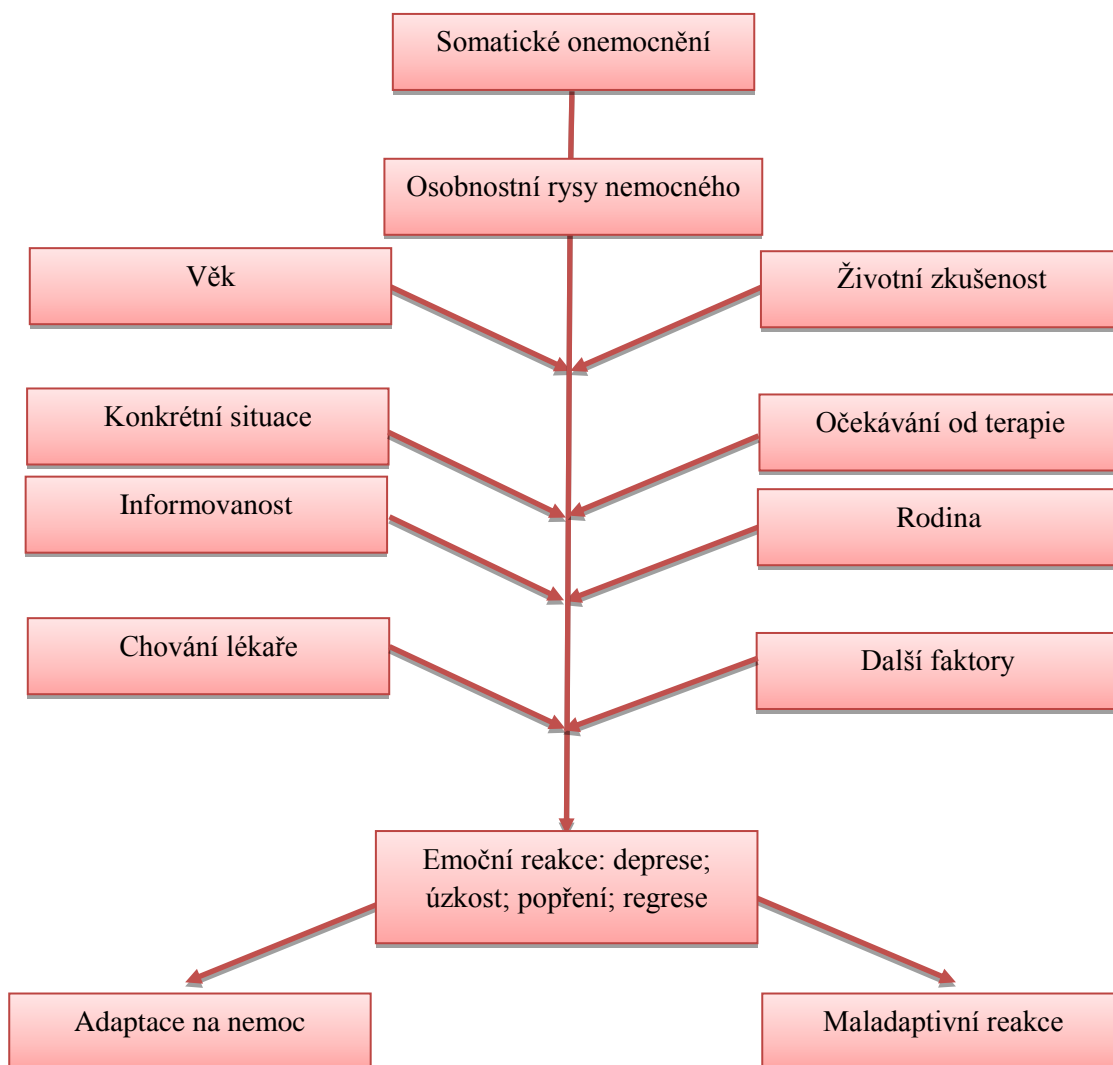
Psychická reakce na zjištění diagnózy onemocnění je výslednou interakcí somatické choroby a osobnosti postiženého. Kromě osobnosti pacienta však zasahuje řada dalších faktorů, které ovlivňují reakci na nemoc. Dalšími determinanty, které ovlivňují emoční prožívání chronické nemoci, jsou např. věk, pohlaví, životní styl, sociální zázemí (rodina, výchova), předchozí zkušenosti, diagnóza a komorbidita nemoci, doba trvání léčby, očekávání od terapie, prognóza (šance na změnu), informovanost nemocného, chování zdravotníků atd. Interakcí uvedených faktorů se utváří specifická emocionální reakce na diagnózu nemoci. Mezi nejčastější typy emocionální reakce na nemoc patří deprese, úzkost, popření a regrese (viz podkapitola 2.2.). Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) jako další faktory uvádějí ještě zdravotní úroveň a dostupnost lékařské péče v zemi, zdravotní uvědomělost nemocného, naději na uzdravení a naději na kvalitní život.

*„Součástí přístupu k somaticky nemocnému je porozumění emočním reakcím na nemoc a posilování faktorů, které mohou usnadnit vyrovnání se s nemocí. Současně se snažíme předejít maladaptivnímu vyústění obranných mechanismů.“* (3. LF UK, 2015)

Faktory ovlivňující prožívání nemoci v čase (Kelnarová & Matějková, 2014, s. 72):

- **Psychická odolnost** – odolnost k náročným životním situacím, schopnost zvládat situace, které s sebou onemocnění přináší; významnou roli mají psychické vlastnosti osobnosti.
- **Somatická odolnost** – schopnost zvládat bolest, vyrovnat se se somatickými potížemi a následky.
- **Víra a spiritualita** – má vliv na zvládání nemoci, těžkostí a kvality života; spiritualita dnes vnímaná jako nenáboženská, civilní a přirozená se skládá z představ o nadpřirozených jevech; víra je náboženská i nenáboženská – orientovaná na vesmír, přírodu, lidstvo apod.
- **Sociální opora** – usnadňuje nemocnému jeho těžkou životní situaci a ulehčuje mu od starostí a obav, má dobrý vliv na pohodu pacienta, na jeho zvládání průběhu nemoci, na kvalitu jeho života; její absence či nedostatek může průběh nemoci ovlivnit nežádoucím způsobem.

**Obr. 9: Model reakce na vážné somatické onemocnění** (převzato z: <http://old.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html>):



## 4.2. Deprese a depresivní nálada

Deprese bývá laickou veřejností chápána jako „*poměrně trvalý pocit velkého smutku*“ (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba & Feleide Eyolf, 2010, s. 194), tedy vážný a zdraví škodlivý psychický stav, který vyžaduje odbornou pomoc, ať už ve formě farmakoterapie nebo psychoterapie. Pod pojmem depresivní nálada si však mnozí mohou představit běžný pokles nálady nebo smutek, který často zažívá každý. Lidé, kteří popisují svůj psychický stav jako „depku“ zamýšlí tímto pojmem spíše aktuální nespokojenost se svým životem a jejich stav se blíží spíše k depresivní náladě než ke skutečné depresi. Na rozdíl od deprese lze depresivní náladu, pokud se projevuje pouze přechodně, krátkodobě a bez častého opakování, považovat za normální leč nežádoucí duševní stav člověka. „*Nálada odráží to, co člověk právě dělá, a je*



*spjatá s určitým hodnocením sebe a okolností“ (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012, s. 9).* Změnu nálady může snadno zapříčinit náhlá změna událostí, nenaplněné očekávání, dílčí neúspěch, interpersonální i intrapersonální konflikt apod. Její pokles je považován za přirozenou a běžnou reakci na sousled okolností. Stejně tak je běžné, že pokles nálady nebo smutek brzy odezní a zřídka trvá déle než hodiny. Naopak dlouhotrvající stav deprese je již normu překračující reakce na životní události jednice, příčina ale nemusí být vždy zcela zřejmá. Oproti skleslé náladě je trvání deprese dlouhodobější, intenzivnější a často místo ústupu ještě progreduje a může se ustálit až v konečné chronické fázi, kterou je zcela nezbytné léčit. Pokud běžný smutek delší dobu neustává a naopak se jeho intenzita zvyšuje a duševní nepohoda začíná vážně zasahovat do každodenního života, nemluvíme již o špatné náladě, ale o duševním onemocnění, o depresi (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012).

#### **4.2.1. Definice deprese a depresivní nálady**

**Deprese** je definována jako „stav patologicky skleslé, smutné nálady“ (Kryl, 2001, s. 4). Na rozdíl od běžného zármutku či reakce na tragickou událost se deprese vyznačuje svojí neobvyklou délkou trvání a především intenzitou smutku s převažujícími pocity zbytečnosti a marnosti. Česková (2001, s. 133) v Psychiatrii od Rabocha a Zvolského o depresivní náladě píše, že: „*Základním příznakem depresivní nálady je smutek, bezútěšnost, strach, zpomalení vitálních i psychomotorických funkcí, sebeobviňování, sebevýčitky, s častým nebezpečím sebevraždy. Vyskytuje se u depresivních poruch, schizofrenie, epilepsie, demence, organických mozkových poruch, toxikománií, somatických onemocnění*“ Depresi tato autorka přikládá následující definici: „*Deprese je častá psychická porucha, která je spojena s dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou, častými relapsy a rekurencí, psychosociálním a tělesným narušením a vysokou suicidalitou* (s. 259).

Depresivní člověk věnuje veškerou svou pozornost a energii těžkostem, které ho provázejí, a pro běžné fungování mu již nezůstávají potřebné síly. Depresi doprovázejí pocity beznaděje, sociálního odmítání a někdy ji doprovázejí i myšlenky na sebevraždu, které mohou vést až k její realizaci (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba, Feleide Eyolf, 2010). Deprese tedy neovlivňuje pouze emoční složku pacientovi psychiky, ale zasahuje i do fungování kognitivních funkcí (např. negativní automatické myšlení) a je důsledkem celkového zpomalení až útlumu psychických procesů jedince. Mění se i pacientovo psychomotorické tempo, dochází k redukci energie, omezení aktivity a zvýšené unavitelnosti (Vágnerová, 2008). Podle Kryla (2001) se deprese vyznačuje výčitkami směřujícími k vlastní osobě, mnohdy sebevražednými

myšlenkami vedoucími až k pokusům o sebevraždu. Jedinec trpící depresí je „rezistentní“ vůči altruistickým projevům svého okolí a často odmítá veškeré sociální kontakty. Vágnerová (2008, s. 376) uvádí, že *„depresivní porucha není vázána na konkrétní události, resp. svou intenzitou a trváním není ve vztahu k případným zátěžím adekvátní...Depresivní člověk nedovede obvyklým způsobem emocionálně reagovat na podněty, které běžně tuto reakci vyvolávají.“* Dále pak dodává, že *„Deprese modifikuje všechny emoce“*.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MNK-10, 2012) vymezuje depresi jako **depresivní fázi (F32)** a dále ji popisuje jako stav zhoršené nálady, snížené energie a stejně tak i poklesu projevu a aktivity. Je zde narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a snižuje se schopnost koncentrace. Mohou se projevovat doprovodné nejčastěji somatické symptomy nebo i ztráta zájmů a pocitů uspokojení. I při nenáročném námaze se objevuje značná únava. Spánkový rytmus je zhoršený a mění se chuť (nechuť) k jídlu. Ztráta chuti k jídlu se dále promítá do úbytku na váze a častá je i ztráta sexuálního apetitu. Snižuje se sebehodnocení a sebedůvěra, vyskytují se pocity viny a beznaděje, které jsou přítomny již u lehkých případů. Zhoršená nálada se v průběhu trvání depresivní fáze příliš nemění, nedochází k běžné reakci na okolní změny. Časté je také brzké ranní probouzení, které může být dříve o několik hodin před obvyklou hodinou. Nejhorší prožívání deprese se vyskytuje právě v ranních hodinách. Projevuje se také znatelná psychomotorická retardace a agitovanost. Podle množství a závažnosti jednotlivých příznaků je možno fázi zhodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou (MKN-10, 2014). Stejně jako v MNK-10 je deprese zahrnuta i v americkém Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (DSM), kde byla zařazena v předposledním revidovaném vydání DSM-IV podkapitola „depresivní poruchy“. V novém vydání DSM-V je deprese oddělena od předchozí kapitoly „*bipolární a souvisejících poruchy*“. Společným rysem depresivních onemocnění je přítomnost smutné a prázdny nálady, podrážděnost, doprovodné somatické a kognitivní změny, které významně ovlivňují funkční kapacitu jedince. Jednotlivé druhy depresivních poruch se liší mezi sebou v problematice trvání, načasování nebo předpokládané etiologii. Mezi jednotlivé depresivní poruchy DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) řadí:

- náladu narušující dysregulační porucha;
- velká depresivní porucha (včetně depresivní epizody);
- přetrvávající depresivní porucha (dysthymie);
- premenstruační dysforická porucha; látky/léky vyvolaná depresivní porucha;

- depresivní porucha v důsledku jiného zdravotního stavu;
- jiná specifická depresivní porucha a nespecifikovaná depresivní porucha.

#### 4.2.2. Projevy deprese

Emocí, která je blízce spjatá s depresí a je pro ni charakteristická, je smutek. Nakonečný (2000, s. 251-252) ve svém díle Lidské emoce uvádí, že „*smutek je řazen k tzv. primárním emocím, tj. má u člověka vrozený základ a můžeme ho pozorovat i u zvířat, např. u psů...Smutek je reakcí na ztrátu něčeho a to, co bylo ztraceno, pak tento pocit zabarvuje onou specifickou neverbalizovatelnou kvalitou, jak je tomu u všech ostatních citů.*“ Intenzita smutku se stupňuje podle významnosti a životní hodnoty toho, co bylo ztraceno. Jedním z možných doprovodných projevů smutku je pláč nebo pouhé stékání slz, někdy se však hluboký a intenzivní žal projevuje tichostí a sníženou motorickou aktivitou, utlumením verbální i neverbální řeči apod.

Smutek má několik forem, které můžeme kategorizovat podle intenzity prožívání této emoce (Nakonečný, 2000):

- **Zarmoucení** – lehčí forma smutku, vyvolané např. ztrátou nějakého předmětu či drobným neúspěchem;
- **Žal** – silnější forma smutku, bývá vyvolán zážitkem velkého neštěstí např. ztráta blízké, milované osoby. „*Žal v sobě zahrnuje bezvýchodnou touhu zaměřenou do minulosti, touhu po návratu toho, co bylo ztraceno...*“ (Witwický, 1963, in Nakonečný, 2000, s. 251);
- **Hoře** – jedná se o extrémní formu smutku, která se vyznačuje průvodními motorickými a verbálními reakcemi jako např. naříkání, hořekování, pláč, spínání rukou apod.;
- **Hluboký smutek** - tichý, odevzdaný stav, kdy se člověk světu uzavírá a obvykle přichází poté, co se hoře utišilo.

Jiné dělení forem smutku se nabízí dle svého předmětu (Nakonečný, 2000):

- **Nostalgie** - smutkem akcentovaná touha po domovině. Často se projevuje u jedinců, kteří na dlouhou dobu opustili svou zemi např. emigranti, nostalgie je vyvolána silnými vzpomínkami, které mají na svou rodnou vlast;

➤ **Splín** – je specifický druh smutku, vyjadřující určitý stav duše, který je popisován jako vnitřní chlad, mrzutost. Tento psychický stav fascinoval dekadentní umělce, kteří splín metaforicky nazývali jako nevlídnou zimu, mrzutý led (např. básník Ch. Baudelaire).

U pacientů trpících depresí dochází k častému výskytu suicidálních myšlenek, které v některých případech mohou vést až k pokusům o sebevraždu či jejímu spáchání. Češková (2001) uvádí, že 10-15% depresivních pacientů skutečně suiciduje. Tito jedinci vidí v sebevraždě jediné možné východisko z trýznivého a nekončícího bludného kruhu depresivní poruchy (Vágnerová, 2008).

#### 4.2.3. Diagnostické jednotky deprese

Depresivní fáze se vyskytuje buď jako jediná fáze, která se projevuje depresivními symptomy a trvá minimálně 2 týdny, nebo se jedná o periodickou depresi, tzn. opakovaně se navracející epizodu deprese, v jejímž meziobdobí se neobjevuje hypománie či mánie. Za trvalou afektivní poruchu můžeme označit depresi, která se vyskytuje kontinuálně a dlouhodobě – déle než 2 roky. Naopak stav opakovaných střídavých epizod (minimálně dvou) deprese a mánie popř. hypománie, během kterých dochází i k období úplné remise, se nazývá bipolární afektivní porucha. Další možnou diagnostickou jednotkou deprese je organická afektivní porucha, depresivní stav, který je primárně zapříčiněn organickým poškozením mozku a celkově souvisí se změnami psychiky postiženého. Dle neurologické terminologie bývá organická afektivní porucha označována jako sekundární popř. symptomatická deprese (Roth, Preiss & Uhrová, 1999).

Základní diagnostická kritéria deprese dle Češkové (2007, s. 229):

1. Depresivní nálada abnormální vzhledem k osobě, trvající nejméně 2 týdny
2. Ztráta zájmu nebo prožitku radosti
3. Snížení energie a zvýšená únavnost

Další příznaky:

1. Ztráta sebedůvěry
2. Sebevýčitky
3. Suicidální úvahy, suicidální jednání
4. Nesoustředěnost, nerozhodnost

5. Útlum, ev. agitovanost
6. Poruchy spánku
7. Poruchy chuti k jídlu

Dle množství příznaků, které u nemocného shledáme a podle toho jak zasahují do jeho běžného fungování, dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou.

#### **4.2.4. Etiologie a prevalence deprese**

Dle současných zjištění depresivní poruchy nejsou způsobeny pouze jednou příčinou, ale společným působením více faktorů. Jedná se o vrozené, geneticky podmíněné vlivy, svou roli zastává rovněž prostředí, ve kterém jedinec postižený depresí žije, jeho životní styl, události, které v průběhu života zažívá a v neposlední řadě i sociální okolí, které ho ovlivňuje (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012). Obecně platí, že depresivní porucha může vzniknout u jakéhokoliv typu osobnosti, existují však určité znaky premorbidní osobnosti, které se u depresivních pacientů vyskytují s větší frekvencí. Jedná se o jedince, kteří mají větší sklony k negativním emočním reakcím, s introvertními rysy, pesimističtější smýšlením, s pocity vlastní nejistoty až bezmoci, se sklony kulpívatosti a rigiditě, což ovlivňuje způsob reagování na zátěžové situace. Podnětem, který vyvolává depresi, může být konkrétní zátěž, či ztráta (diagnóza závažného onemocnění), které jsou považovány za spouštěče tedy příčiny afektivní poruchy (Vágnerová, 2008). Praško, Buliková a Sigmundová (2012) uvádějí kromě příčinných faktorů genetických, vlivu výchovy a podrobného výčtu nejzávažnějších životních událostí (viz s. 50) také důvod biochemického pochodu mozku. V rámci deprese jsou studovány především vlivy chemických látek serotoninu, noradrenalinu a dopaminu, jejichž nedostatek na nervových zakončeních v mozku je prokázán u všech typů deprese, ať už mají roli spouštěče či ne.

*„Depresivní porucha je relativně časté onemocnění současné populace. Celoživotní prevalence činí 5–12 % u mužů a 9–26 % u žen.“* (Bareš, Kopeček, 2006, s. 276) Prevalence deprese se v současnosti uvádí kolem 17-20%. Ženy v porovnání s muži bývají depresí častěji zasaženy v poměru 2:1. Deprese má souvislost se zvýšenou mortalitou (až 15% jedinců s diagnózou depresivní poruchy páchá sebevraždu) a depresivní pacienti jsou více ohroženi úmrtím na kardiovaskulární onemocnění (Češková, 2001). V geriatrické psychiatrii je deprese jeden z nejčastěji rozebíraných syndromů. Ve věku 70-85 se prevalence deprese až

zdvojnásobuje. Dle posledních výzkumů je výskyt mírné deprese mezi seniory v domovech důchodců 40% (Češková, 2007).

#### **4.2.5. Deprese u pacientů se somatickým onemocněním**

Kromě toho, že deprese zapříčiňuje fyzické obtíže, jako jsou výše uvedené poruchy spánku, zácpa, bolesti svalů a kloubů, únava, nechutenství apod., společně se zármutkem oslabuje imunitní systém jedince. K depresivním projevům dochází i u chronicky nemocných pacientů, deprese totiž může mít spojení se souběžným somatickým onemocněním. Častěji k tomuto jevu dochází hlavně u starších lidí. Objevuje se zejména u ischemické srdeční choroby, mozkových příhod, vysokého krevního tlaku, revmatismu, snížené funkce štítné žlázy, Parkinsonovy choroby, nebo také cukrovky (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012), která bývá jednou z častých příčin nebo komorbidit CHRS. Deprese může být i příčinou progresu somatického onemocnění, nejen proto je její včasné odhalení a následné залечení více než žádoucí. Její odhalení může být pro lékaře i psychology obtížné, jelikož některé příznaky deprese bývají podobné projevům somatického onemocnění, a proto může být snadné depresivní symptomy přehlédnout např. u larvované deprese, která se typicky projevuje především tělesnými příznaky (Baštecká a kol., 2003). Deprese dokonce může být i důsledkem užívání některých léků, alkoholu nebo drog (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012). Češková (2007, s. 230) rovněž uvádí somatická onemocnění spojovaná s depresí:

- Virová onemocnění
- Endokrinopatie (nejčastěji hyper/hypotyroidizmus)
- Maligní onemocnění (leukemie, lymfomy, rakovina pankreatu)
- Infarkt myokardu
- Metabolické poruchy (deficit B12)

Edelmann (2000) uvádí, že mírná deprese, úzkost nebo popření bývají běžnou a pochopitelnou reakcí na diagnózu chronického onemocnění. Baštecká a kol. (2003) ve své učebnici Klinická psychologie pro praxi uvádí častý výskyt deprese u pacientů s neurologickým onemocněním (po mozkové mrtvici, Parkinsonova nemoc), u pacientů s onkologickým onemocněním (liši se dle typu nádoru), častý je také výskyt deprese u diabetu (typu II.), kde je velmi omezený výběr podávaných antidepresiv, a v neposlední řadě zdůrazňuje výskyt deprese u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (např. po infarktu). „Je známo, že frekvence deprese po cévní mozkové příhodě je zvýšena přinejmenším v

období jednoho roku po této události“ (Češková, 2001). Kimmel, Peterson a Weihs (2000) ve své longitudinální výzkumné studii zjistili, že pacienti trpící CHRS léčení hemodialýzou, kteří vykazují vyšší úroveň depresivního afektu, mají menší šanci na přežití (souvislost s nárůstem mortality) než pacienti s nižší úrovní nebo bez výskytu deprese.

#### 4.2.6. Metody měření deprese

Praktičtí lékaři mají ve své péči více než 50% pacientů, kteří trpí duševní poruchou, depresivní porucha je diagnostikována u méně než poloviny těchto pacientů. Rozpoznání deprese může bránit převaha somatických symptomů, které jsou, jak bylo již výše uvedeno, snadno zaměnitelné za depresivní symptomy. Tento fakt může vyvolávat jisté předsudky či nedůvěru vůči screeningovým nástrojům používaných k detekci deprese především u pacientů se somatickým onemocněním (Kerr & Kerr, 2001). Nejpoužívanější metody měření deprese jsou sebehodnotící *Beckova stupnice pro hodnocení deprese* a *Zungova sebehodnotovací stupnice*. U sebehodnotících škál jsou ale stanoveny určité podmínky aplikace jako pacientova vzdělanost, kooperace a menší intenzita poruchy. Češková (2001) uvádí, že lékaři pro zjišťování deprese nejčastěji užívají *Hamiltonovu škálu pro depresi* (HAMD) a *Škálu Montogomeryho a Asbergové* (MADRS). Metody měření deprese je tedy možno dělit na subjektivní, kdy subjekt hodnotí sám své depresivní příznaky, a objektivní, kdy závažnost symptomů deprese hodnotí druhá osoba (v klinickém prostředí nejčastěji lékaři).

Celosvětově uznávaná **Beckova stupnice pro hodnocení deprese** (BDI, *Beck Depression Inventory*) je nejrozšířenější sebehodnotovací nástroj měření deprese. Byl vytvořen v roce 1961 a byl navržen tak, aby posuzoval intenzitu příznaků souvisejících s psychoanalytickými aspekty deprese, jako je smutek, pocity viny, selhání, sebevražedné myšlenky a sociální stažení. Ale u některých demograficky nebo kulturně specifických skupin, má Beckova sebehodnotovací stupnice omezenou predikční sílu a platnost. Stupnice je sestavena z 21 položek, jejichž hodnocení je na škále od 0 do 3, z toho hodnota 3 indikuje nejvyšší závažnost. Obsah jednotlivých otázek je zaměřen na dílčí aspekty projevů deprese jako např.: smutek, pesimismus, pocit selhání, viny, sebenenávist až sebevražedné myšlenky, sociální stažení i somatické obtíže (Beck, 1967). **Zungova sebehodnotovací stupnice** (SDS, *Zung Self-Rating Depression Scale*) je 20 položkový sebehodnotící široce používaný nástroj měření deprese, který zahrnuje její afektivní, psychologické a somatické příznaky (WHO, 2015). Metoda SDS byla zvolena pro výzkumnou část této práce, podrobněji o ní pojednává podkapitola 5.4.

**Škála Montgomeryho a Asbergové** (MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) byla vytvořena v roce 1979 a je složena z 10 položek, které mapují smutek, spánek, vnitřní napětí, nechutenství, poruchy soustředění, ztrátu iniciativy, emoční oploštění, pesimismus a suicidální myšlenky. Na rozdíl od Beckovy škály nebo Zungovy sebeposuzovací stupnice pro škálu MADRS normy nejsou stanoveny (Bočková, 2011). **Hamiltonova škála pro depresi** (HAMD, Hamilton Rating Scale for Depression, 1960) je nástroj navržen pro kvantitativní vyhodnocení závažnosti příznaků a posouzení změny u pacientů, u kterých byla zjištěna depresivní porucha. Informace, které metoda zjišťuje, mají sloužit k doplnění údajů získaných v klinickém rozhovoru a jsou porovnány s druhotnými zdroji. Zatímco původní verze obsahovala 21 položek, následně byl počet položek snížen na 17. Každá otázka má 3 až 5 možných odpovědí, tedy skóre 0-2 nebo 0-4. Celkový počet bodů se pohybuje od 0 do 52. Jednotlivé otázky mapují dílčí symptomy typické pro depresi. Pro stanovení závažnosti výskytu deprese, jsou uvedeny následující hraniční hodnoty (Hamilton, 1960):

- Bez deprese: 0-7
- Mírná deprese: 8-13
- Střední deprese: 14-18
- Těžká deprese: 19-22
- Velmi těžká deprese: více než 23

**Yesavageova škála deprese** (GDS, Geriatric Depression Scale) „*se používá u starších osob k orientačnímu zhodnocení depresivní symptomatiky. U nás je známa patnácti položková zkrácená verze s hraniční hodnotou 5–6 bodů mezi normou a mírnými projevy deprese.*“ (Roth, Preiss & Uhrová, 1999, s. 15)

### **4.3. Úzkost a úzkostné poruchy**

Úzkostná porucha se projevuje vyhrconými akutními atakami nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Pacient trpící úzkostí není schopen ovládat ani své pocity ani jednání z nich vyplývající (Vágnerová, 2008). Zvýšené úzkostné prožitky mohou být jedním z častých psychických stavů chronicky nemocných pacientů. Vyplývá to z pocitů nejistoty budoucnosti, různých druhů obav z dopadu nemoci či její léčby na současný život pacienta, ať už se jedná o jeho fyzickou, ekonomickou, sociální či psychickou stránku. Chronické onemocnění jako je CHRS pacientovi zcela mění jeho dosavadní život. Podstoupení náhrady

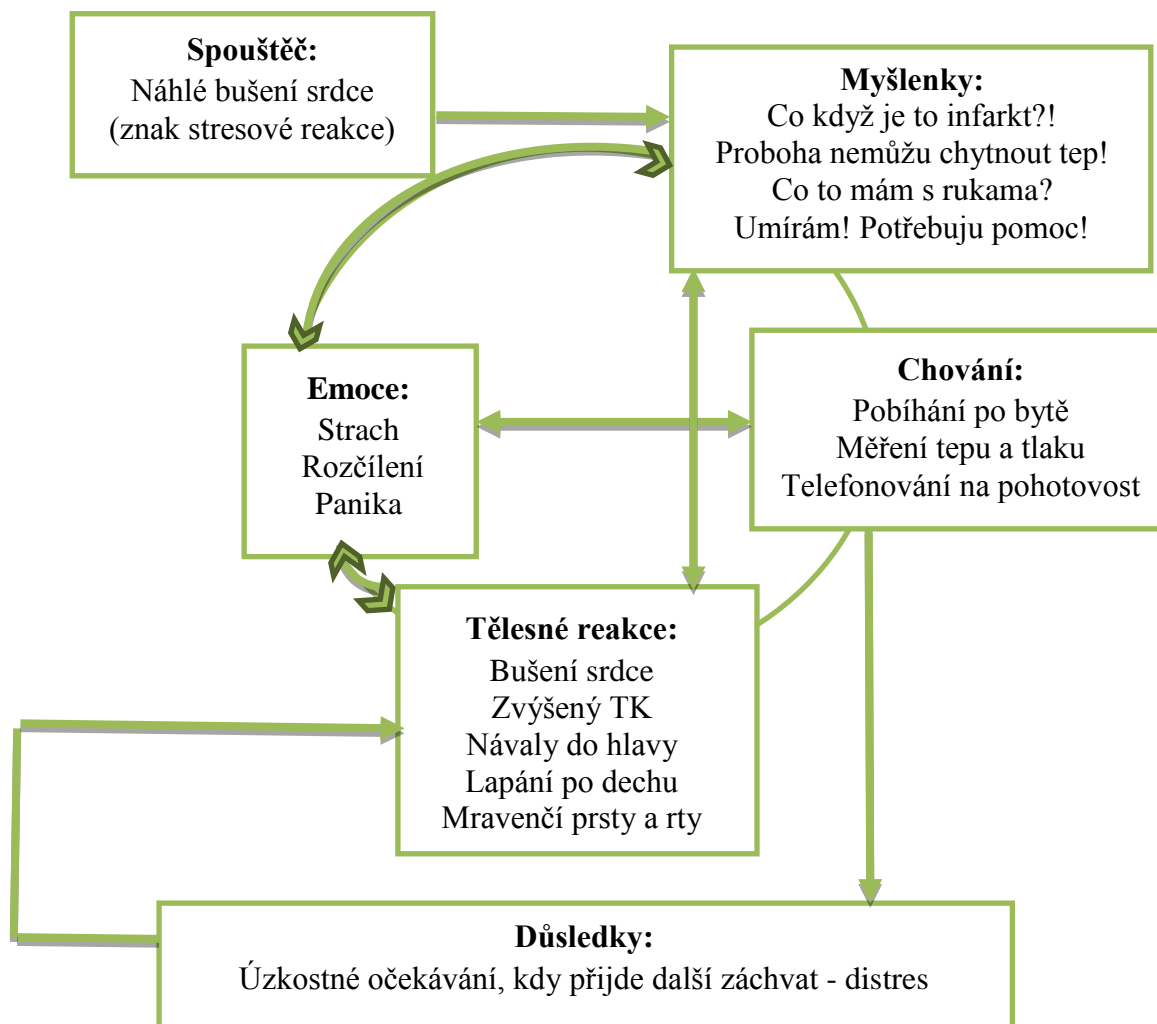


funkce ledvin ať už formou dialýzy nebo transplantace ledviny často vyvolává v pacientovi oprávněné obavy např. z neúspěšné operace, z bolesti, ze ztráty zaměstnání, z nejisté budoucnosti aj. Samotné zahájení dialyzační léčby může v mnohých jedincích vyvolávat silné obavy a projevy úzkosti jsou zcela pochopitelnou reakcí na novou a nežádoucí životní situaci. Přesto je ale výskyt úzkosti u pacientů podstupujících dialyzační léčbu stále podceňován (Coloma, Raventos & Calderoń, 2009).

#### 4.3.1. Definice úzkosti

*„Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání“* (Raboch, 2001, s. 274). Naproti tomu **strach**, který je stejně jako úzkost běžnou lidskou emocí můžeme označit jako *„emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence“* (tamtéž). Úzkostné poruchy dnes náleží mezi nejčastější duševní onemocnění, protože postihují až jednu čtvrtinu populace vyspělých zemí. Úzkost lze tedy označit za jev typický pro postmoderní společnost a pro některé se stala dokonce symbolem 20. století. Anxiozita neboli úzkost je v běžné mluvě považována za aktuálně nebo potencionálně očekávanou bolestnou událost nebo negativní hrozbu. Jinými slovy se jedná o *„abnormální a vše zahrnující či objímající předtuchu a strach“* (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba & Feleide Eyolf, 2010, s. 195). Bývá také často spojována s určitými fyziologickými změnami a příznaky jako jsou např.: pocení, zvýšené vnitřní napětí, zvýšená srdeční frekvence apod. Člověk trpící úzkostí je svázaný obavami, má pocit reálného ohrožení a pochybuje o své schopnosti i možnosti ohrožující událost zvládnout (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba & Feleide Eyolf, 2010). Úzkost není obava z něčeho konkrétního, kdežto strach má určitý podnět, konkrétní hrozbu, které přesně specifikují, o jaké nebezpečí se jedná. Úzkost spíše vztahujeme k tomu, co nás čeká v budoucnosti, kdežto strach se týká jevů aktuálních, přítomných. Předmětem strachu je fenomén objektivní, úzkost souvisí více se subjektem. Charakteristické jsou pro úzkost pocity vlastní bezmocnosti, ztráty integrity vlastní osobnosti, pocit úzkosti je protikladem vnitřní jistoty (Nakonečný, 2000).

**Obr. 10: Bludný kruh příznaků úzkosti** (převzato od Praško & Laňková, 2006, s. 2):



Je třeba také oddělit pojem úzkost a úzkostnost. Vágnerová (2008, s. 400) pocit úzkosti definuje jako „*signál možného ohrožení*“, který aktivizuje člověka před možným ohrožením tak, aby se mohl bránit něčemu, co zatím zůstává nejasné a neurčité, ale co pro něj představuje určité riziko poškození. Úzkostnost je na druhou stranu „*trvalejší osobnostní rys*“, jehož nositel má stabilně zvýšenou pohotovost zažívat nejistotu a úzkostně reagovat.

Úzkost je základní existenciální pocit a často bývá předzvěstí našich takzvaných křižovek života. Vyplývá napovrch v situacích, kdy se musíme rozhodovat v životně významných otázkách, je to alarmující poplach, který nás varuje před nejasným nebezpečím. Zpomaluje nás v rychlosti rozhodování, ale zároveň nás vede k ostražitosti, hlubšímu zkoumání toho, co se chystáme udělat. Úzkost je strach zahalený v kápi, jejíž význam je v životě člověka nepopíratelný. „*V úzkosti se tak vykazuje nicota pozemské existence, ale i naděje života*“

*věčného, obava z hříchu, ale i víra, tělesnost i duchovní možnost lidského bytí“* (Nakonečný, 2000, s. 240).

Úzkost bývá častěji sledována u starších lidí nežli u mladších (viz Kirmiziloglu, Doğan, Kuğu, & Akyüz, 2009) a častým důvodem k tomuto psychickému stavu mohou být jejich obavy z nepříznivé budoucnosti. Starý člověk může mít obavy z tělesného ochabování, mentálního úpadku, ztráty blízkých lidí (partnera), ze samoty anebo z nemocí, které bývají běžnou součástí stáří. Přítomnost pohybového omezení, pokles funkce smyslových orgánů, pomalejší reakční čas, to vše může u seniorů pocity úzkosti ještě zintenzivňovat (Faleide Asbjorn, Lian Lilleba & Feleide Eyolf, 2010). Přítomnost onemocnění dlouhodobého či dokonce chronického tak může být sama příčinou duševní nepohody, obav a úzkosti, které mohou přetrvávat a vést až k dalším nežádoucím psychickým obtížím, jako jsou obsesivní myšlenky nebo fobie.

#### **4.3.2. Dělení úzkostí**

*„Úzkostné poruchy jsou skupinou psychických poruch, u kterých je úzkost dominantním příznakem. Vyznačují se záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy, při kterých se bez vazby na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti nebo strachu“* (Praško & Laňková, 2006, s. 1). Úzkostné poruchy se vyznačují příznaky nadměrného strachu, úzkosti a souvisejícími poruchami chování. Strach je emocionální reakce na skutečné nebo vnímané bezprostřední ohrožení, zatímco úzkost je popsána spíše jako očekávání budoucí hrozby. Je zřejmé, že se tyto dva psychické stavy překrývají, ale také se v určitých aspektech liší. Se strachem se častěji pojí příval vegetativního nabuzení potřebného pro boj nebo útěk, myšlenky na bezprostřední nebezpečí a únikové chování. Úzkost je častěji spojována se svalovým vypětím, ostražitostí vůči budoucímu nebezpečí a obezřetným nebo vyhýbavým chováním. Někdy se úroveň strachu a úzkosti snižuje díky všudypřítomnému vyhýbavému chování. Záchvaty paniky jsou prominentními znaky úzkostných poruch a jsou určitým typem reakce na strach. Záchvaty paniky však nejsou pouze omezeny na úzkostné poruchy, mohou být sledovány i u jiných psychických poruch.

Úzkostné poruchy jsou MKN-10 (2014) řazeny do kapitoly *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy* (F40-F48). Následující dělení popisuje jednotlivé typy úzkostných poruch (Praško & Laňková, 2006):

- **Agorafobie (F400)** – abnormální strach z otevřených prostranství, přeplněných míst, z obchodů, dopravních prostředků, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor, z opuštění domova apod. Úzkost se projevuje jak s přítomností fobického podnětu, tak i při jeho oddálení.
- **Sociální fobie (F401)** – strach a vyhýbání se situacím, kde je dotyčný pozorován či posuzován okolím. Objevují se různé formy sociální fobie jako strach z jedení a pití před lidmi, strachu z psaní před druhými, ze setkání s neznámými lidmi, časté jsou také obavy z mluvení na veřejnosti, apod.
- **Specifické (izolované) fobie (F402)** nepřiměřený strach z konkrétního objektu nebo situace, postižený trpí příznaky úzkosti, pokud se setká s fobickým podnětem, toho se obává a současně si je vědom, že jeho strach je iracionální. Nejčastější specifické fobie jsou: fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myší apod. Známé jsou také klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek), z bouřky (keraunofobie) apod.
- **Panická porucha (F410)** - opakované záchvaty masivní úzkosti (paniky), nejsou omezeny na žádnou určitou situaci, jsou těžko předvídatelné. Záchvat rozvíjí intenzivní strach, pocity ohrožení a ztráty kontroly. Ataku provázejí různé intenzivní tělesné příznaky např. bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě, pocity neskutečnosti aj. Myšlenky provázené strachem z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení. Ataka trvá obvykle 5 – 20 minut někdy i déle.
- **Generalizovaná úzkostná porucha (F411)** - nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami souvisejícími s každodenním životem, obavy o zdraví své i blízkých, obavy o finanční situaci, strach ze selhání v zaměstnání, obavy z budoucnosti. Příznaky se projevují nenápadně. Mezi somatickými příznaky převažuje svalové napětí, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, nadměrné pocení, třes, zhoršený spánek apod.
- **Smišená úzkostně depresivní porucha (F412)** – smíšené příznaky úzkosti a deprese, charakteristická je trvalá nebo opakující se dysforická nálada, problémy s koncentrací, pocity prázdnoty, obtíže s usínáním, neklidný spánek, únava, nedostatek energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, plačtivost, pesimistické smýšlení o budoucnosti, nízké sebevědomí, pocity méněcennosti apod.

Jednotlivé úzkostné poruchy se od sebe liší na základě typu objektů či situací, které vyvolávají strach, úzkost, nebo vyhýbavé chování a související kognitivní ideace. Úzkostné

poruchy mají tendenci být vysoce komorbidní navzájem, tudíž mohou být rozlišeny jen úzkým vymezením rozdílných typů situací, které vyvolávají strach, vyhýbavost nebo obsahují související myšlenky či přesvědčení (DSM-V, 2013).

### 4.3.3. Etiologie a prevalence úzkostných poruch

Na vzniku úzkostných poruch podobně jako u jiných duševních onemocnění se nepodílí jediná příčina, lze tedy říci, že jsou podmíněny multifaktoriálně. Závažnost projevů úzkosti ovlivňuje rovněž vzájemná interakce dílčích faktorů (Vágnerová, 2008):

- a) **Dědičné dispozice** – nadměrná pohotovost reagovat úzkostnými projevy jako vrozená vlastnost, odhad dědičnosti úzkosti je asi 30%, typické projevy vrozeně úzkostných jedinců jsou např. snížená tolerance k zátěži, dráždivost, labilita, časté pocity rozladěnosti, vegetativní obtíže apod.
- b) **Vývojově podmíněné změny** – změny mozkových funkcí, odchylky se vyskytují např. v oblasti orbitofrontálního kortexu, limbického systému a mozkového kmene, úzkostné poruchy jsou projevem narušení běžných inhibičních mechanismů, příčinou těchto změn mohou být mj. mozkové nádory. Úzkost bývá také spojena s poruchou regulace neurotransmiterových systémů (noradrenergní, serotoninergní a GABAergní)
- c) **Aktuální zátěžové faktory** – mají charakter biologický i psychosociální jako je role sociokulturního prostředí, dříve získaných zkušeností, aktuální životní události, genderové rozdíly, vliv učení apod. Úzkost je zde vnímána jako získaná a často se na ní podílí negativní zkušenosti z primární rodiny např. týrání, zanedbávání, přehnané trestání aj. Vliv na vznik úzkosti mají také stresující životní situace, které vyvolávají obavy, ohrožení až chronickou úzkost.

Dle Vágnerové (2008) trpí úzkostí ženy 2x častěji než muži a nejčastěji se tato porucha rozvíjí v rané dospělosti. Dále pak vymezuje prevalenci dle jednotlivých typů úzkostných poruch:

- **Generalizovaná úzkostná porucha** – asi 5% populace
- **Fobická úzkostná porucha** – asi 1% populace, častěji u mladších lidí (některé fobie vznikají v určité vývojové fázi)
- **Panická úzkostná porucha** – 2-4% populace
- **Obsedantně kompulzivní porucha** – asi 2% populace, pro stanovení diagnózy musí obtíže trvat alespoň 6 měsíců, muže i ženy postihují přibližně ve stejné míře.

Zdroje o přesné prevalenci úzkosti uvádějí podobně jako u deprese rozdílné údaje. „*Uvést konkrétní číslo prevalence těchto symptomů je nesnadné, neboť data se rozcházejí a též metodika studií je rozdílná. Co je ve většině těchto studií společné, je asociace velké úzkosti s přítomností vysokého krevního tlaku, onemocněním ledvin, močového měchýře, kardiovaskulárních onemocnění, žaludečních vředů, CMP (centrální mozková příhoda), diabetu.*“ (Zemková & Jiráček, 2000)

#### 4.3.4. Metody měření úzkosti

**Zungova sebehodnotící škála úzkosti** (SAS, *Zung Self-Rating Anxiety Scale*) je nástroj měření navržený W. W. K. Zungem v roce 1971 pro kvantifikování úrovně úzkosti u pacientů, kteří projevují příznaky související s úzkostí. Dotazník určený k samostatnému vyplnění obsahuje 20 položek. Každá položka je zodpovídána na stupnici od 1 do 4, jež vymezuje četnost, s jakou se popisovaný jev u respondenta vyskytuje (nikdy nebo zřídka, někdy, velmi často, většinou nebo vždy). Dotazník obsahuje 15 položek, které jsou formulované ve smyslu zvýšené hladiny úzkosti, a zbylých 5 otázek je formulovaných ve smyslu snížené hladiny úzkosti.

Výsledné skóre dotazníku se pohybuje v rozmezí bodů od 20 do 80, při čemž:

- 20 až 44 – vyznačují normální stav (bez příznaků úzkosti)
- 45 až 59 - mírná až středně těžká úroveň úzkosti
- 60 až 74 - těžká úroveň úzkosti
- 75 až 80 - extrémní úroveň úzkosti

Pro měření úzkosti je rovněž hojně užívána **Hamiltonova škála úzkosti** (HAMA, *Hamilton Anxiety Rating Scale*), kterou Hamilton publikoval v roce 1960. Škála obsahuje 15 položek, které kvantitativně hodnotí úroveň výskytu jednotlivých symptomů. Výsledek nižší než 17 bodů lze považovat za nepřítomnost nebo lehkou přítomnost anxiety, 18-24 je střední míra anxiety a nad 25 bodů se jedná o těžkou anxiety (Bočková, 2011). **Beckův inventář úzkosti** (BAI, *Beck Anxiety Inventory*)) je instrument navržený Beckem, Epsteinem, Brownem a Steerem (1988, in García & Calvanese, 2008) a je sestavený z 21 tvrzení, které mapují míru závažnosti deprese u adolescentů a dospělých. Každý z 21 symptomů je jednotlivcem ohodnocen na 4 bodové stupnici v rozmezí od 0 do 3. Nejvyšší možný počet získaných bodů

je 61. Jednou s nejvyužívanějších metod měření úzkosti jako duševního stavu a osobnostního rysu je **Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti** (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) od autorů Spielberger, Gorsuch, Lushene a kol. (1983). Tuto metodu podrobněji popíší ve výzkumné části (podkapitola 5.4). Další metoda měření úzkosti je **Škála manifestní úzkosti (MAS, Manifest Anxiety Scale)** od autorky Taylorové z roku 1951, která vycházela z položek obsažených v MMPI. Škála obsahuje 50 položek a je časově i technicky nenáročná. MAS vysoce koreluje s neuroticismem v Eysenckově MMQ (jednodimenzionální dotazník zjišťující neurotické tendence). Jeho užití je možné i při sledování účinnosti léčby pro jeho citlivost na změny v míře úzkosti (Svoboda, 1999).

#### **4.4. Hněv**

Hněv je přirozenou a většinou automatickou odpovědí na bolest fyzickou či emocionální. Emoční prožitek hněvu se objevuje v situacích, kdy se lidé necítí dobře, cítí se odmítnuti, ohroženi, nebo zažívají ztrátu. Nezáleží tolik na typu bolesti, pokud je pocíťována jako nepříjemná zkušenost. Vzhledem k tomu, že se hněv neobjevuje izolovaně, většinou ho předcházejí pocity bolesti, je také často charakterizován jako „sekundární“ emoce (Mills, 2005). *„Hněv, nepřátelství a agrese bývají někdy v anglické literatuře označovány jako tzv. AHA syndrom (anger-hostility-agression)...to naznačuje, že jsou spolu určitým způsobem propojeny“* (Stuchlíková, 2002, s. 139). Hněv bývá obecně popisován jako emocionální reakce na jednání druhého člověka, hostilita je kognitivní a agrese behaviorální složkou výše zmíněné triády. *„Hněv může být chápán jako emocionální motiv, který vyvolává a podporuje agresivní chování“* (tamtéž). Dle výzkumů prováděných u somatických pacientů se prokázal vztah hněvu především s hypertenzí, ale obecně i s chronicky chorobnými stavy (Deshields, Jenkins & Tait, 1989).

##### **4.4.1. Definice hněvu**

Hněv je emocí, která se společně se smutkem, strachem a odporem řadí do kategorie negativních emocí (Ekman, 2015). Hněv je definován jako emoční stav, který je charakterizován pocity odlišné intenzity od lehké podrážděnosti až po zuřivost či vztek. Predispozice pro častý, intenzivní a dlouhotrvající hněv je relativně trvalý a stabilní osobnostní rys zvaný jako hněvivost. Vyjádřením hněvu dáváme najevo, jakým způsobem hněv v sobě řídíme, zda ho ventilujeme ven, držíme uvnitř nebo kontrolujeme. Je popsáno, že vyjádřený hněv má souvislost se zvýšeným rizikem depresivních symptomů a také s násilným

chováním. Expres hněvu také souvisí s narušenými interpersonálními vztahy, s tělesnými obtížemi jako je vysoký krevní tlak, koronární nemoc srdce nebo rakovina (Barros de Azevedo, Wang, Carvalho Goulart et al., 2010). Rozlišujeme různé typy hněvu např. podrážděný, nepřátelský, rozhořčený, chladný apod. Různá míra intenzity hněvu se zřetelně projevuje i ve tváři (Ekman, 2015).

Psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2004, s. 191) definuje hněv jako „*silnou afektivní reakci na urážku, frustraci apod.*“ Na rozdíl od hostility je krátkodobější a oproti vzteku či zlosti je méně výrazný. Hněv je lidskou emocí, která se v našem životě vyskytuje poměrně často a význačná je svou velkou intenzitou. Příčinou i důsledkem hněvu bývají často interpersonální konflikty. Ne vždy však bývá tato silná emoce směřována navenek, mnohdy zůstává orientována do vlastního nitra, což může být pro jedince v danou chvíli výhodná, ale dlouhodobě škodlivá strategie, jak se s intenzivní emocí vypořádat. Hněv jako emoční stav se skládá z pocitů napětí, podrážděnosti, otrávenosti, mrzutosti někdy až zuřivosti. Projevy hněvu jsou doprovázeny aktivací našeho autonomního systému. Hostilita jako jeden z projevů hněvu je nenávist vůči konkrétnímu člověku nebo skupině lidí, kteří jsou daným jedincem velmi negativně vnímáni (Dolejš, Skopal, Suchá, et al., 2014). Nenávist bývá stejně jako hněv orientovaná vůči konkrétní osobě, ale na rozdíl od hněvu se neprojevuje tolik v našem jednání, jako v našem přesvědčení. Nenávist se na rozdíl od hněvu neomezuje jen na určité situace či specifické okolnosti, ale projevuje se jako dlouhodobý vztah (Stuchlíková, 2002). Dolejš, Skopal, Suchá a kol. (2014) uvádějí, že hněv je vedle agrese považován za konstrukt jednodušší a fundamentálnější a projevuje se charakteristickými fyziologickými projevy. Hněvivost je individuální rys a je definována individuálními rozdíly mezi lidmi v predispozici vnímat široké spektrum situací jako obtěžující nebo frustrující a v tendenci reagovat na tyto situace intenzivní afektivitou.

Jak už bylo uvedeno, mezi spouštěče hněvu patří psychická i fyzická bolest. Bolest sama o sobě nestačí k tomu, aby zapříčinila hněv. Hněv se projevuje, když je bolest doprovázena myšlenkami s hněvem svázanými. Tyto myšlenky mohou souviset s našimi osobními předpoklady, domněnkami, hodnocením nebo interpretacemi situací, které nás vedou k přesvědčení, že někdo druhý nám má v úmyslu (záměrně či nezáměrně) ublížit. V tomto smyslu je hněv považován za emoci sociální. Pro hněv je charakteristické, že ho jedinec prožívá jako zaměřený určitým směrem, někdy bývá směřován vůči vlastní osobě. Pocity



bolesti spolu s hněvem spouštějí myšlenky, které nás vedou k jednání čelit hrozbě, bránit sám sebe tím, že se postavíme tomu, o čemž si myslíme, že naší bolest způsobuje (Mills, 2005).

#### 4.4.2. Projevy hněvu

Z evolučního hlediska je „*hněv původně vrozenou reakcí na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle a brání rozvíjení jednání*“ (Nakonečný, 2000, s. 259). Hněv je tedy reakcí na podnět provázenou útokem na překážku, jejímž cílem je odstranění této překážky. Hněv a útok jako biologicky účelné obranné reakce se vyznačují mobilizací tělesné energie, čímž se navyšuje svalová síla působící proti fyzické překážce. Pocit rozzlobení je slabší formou hněvu a vztek či zuřivost jsou afektivně silnější formou hněvu. Podle Ribota (1896, in Nakonečný, 2000) je hněv chápán jako nepříjemný stav vnitřního napětí, který souvisí s puzením k útoku jako způsobem sebezáchovy. Úspěšnou realizací útoku jedinec zažívá příjemné pocity jako vítězství, převahu nebo sílu. Dle Cannona (1929, in Nakonečný, 2000) jsou jako fyziologické projevy hněvu charakteristické následující změny: hlubší respirace, zesílená kontrakce srdce, krev se přesouvá z abdominálních orgánů ke kosternímu svalstvu apod., tyto změny směřují k navýšení tělesné síly organismu. Hněv může být popsán jako zdravá emoční reakce, je ale důležité, jakým způsobem je vyjádřena, a zda je či není kontrolována. Projev hněvu, ať už slovní nebo fyzický je označen pojmem *exprese* hněvu, která může být směřována dovnitř anebo směrem ven. Naopak skrývání (potlačení) hněvu je snaha nedávat ho žádným způsobem najevo (Lapa, Aksoy, Certel, Çalışkan, Ali Özçelik & Çelik, 2013).

#### 4.4.3. Metody měření hněvu

Mezi používané nástroje měření hněvu patří *Cook-Medleyho škála hostility*, *Buss-Durkeeův inventář hostility* (Buss-Durkee Hostility Inventory) nebo *Dotazník ataků hněvu* (Anger Attacks Questionnaire). Jejich kritici však hovoří o slabé schopnosti diskriminace mezi hněvem, hostilitou a agresivitou. (Barros de Azevedo, Wang, Carvalho Goulart et al., 2010).

**Cook-Medley škála hostility** (Cook-Medley Hostility Scale) je škála vycházející z Minnesotského osobnostního dotazníku MMPI a měří míru hostility jako prediktoru zdravotních následků. Metoda se skládá z 6 dílčích subškál, které vzájemně hostilitu vymezují. Jedná se o Cynismus, Nepřátelské přisuzování, Afekt nepřátelství, Agresivní reakce, Sociální vyhýbavost a Ostatní (Barefoot, Dodge, Peterson, Dahlstrom & Williams,

1989). Důležitým pokrokem v měření hněvu je Spielbergerův (1994, in Barros de Azevedo, Wang, Carvalho Goulart et al., 2010) **State-Trait Anger Expression Inventory** (STAXI). Tento nástroj hodnotí hněv izolovaně od hostility a agresivity a pokrývá zkušenost a expresi hněvu. **State-Trait Anger Scale** (STAS) je škála na měření hněvivosti a nahněvanosti opět od Spielbergera z roku 1980. **Škála hněvivosti a nahněvanosti** byla přeložena do češtiny autory Müllnerem, Šebejem a Farkašem (1990, in Dolejš, Skopal, Suchá et al., 2014), kteří ji uvedli pod zkratkou ŠHaN. Metoda ŠHaN je použita ve výzkumu této práce, její popis je zahrnut v podkapitole 5.4. **Škála stavu hostility** (*State Hostility Scale*) je další metodou, která měří hostilitu a jejími autory jsou Anderson, Deuser, and DeNeve (1995). Položky této metody byly odvozeny z dřívějších studií Zuckermana nebo Spielbergera.

## 4.5. Alexithymie

Jedinci trpící alexithymií obtížně chápou své emoce a stejně tak i mají potíže porozumět emocím druhých lidí. Projevují se nedostatkem empatie a to dopadá na kvalitu i kvantitu mezilidských vztahů. Lidé postižení tímto syndromem obecně podceňují závažnost emočních situací, a tím se mohou často dostávat do situací, kdy nechápou své okolí nebo naopak nejsou chápáni a tím i přijímáni svým okolím. Důsledkem této poruchy, která jedince zplošťuje o emoční prožívání, vědomí si svých emocí a emocí druhých, může být vznik dalších psychických obtíží (Suchy, 2011). Důvodem proč zařazují fenomén alexithymie k tématu emočního prožívání pacientů s CHRS je jeho hraniční zařazení a význam v psychosomatické medicíně (Procházka, 2009). V ohledu na somatické onemocnění je tento syndrom vnímán jako obranný mechanismus, který si jedinec vytváří na základě potřeby ochrany před silnými a nežádoucími emočními prožitky (např. deprese, úzkost).

### 4.5.1. Definice alexithymie

Alexithymie podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) znamená deficit v kognitivním zpracování emocí. Taylor (1984, in Suchy, 2011, s. 103) pojem alexithymie definuje jako „*syndrom charakteristický deficitem schopnosti vědomě prožívat, identifikovat, porozumět a popisovat emoce*“. Procházka (2011, s. 39) alexithymii vysvětluje jako „*deficit ve zpracování a regulaci emocí, což vede k maladaptivním stylům emoční regulace*“ a dodává, že se jedná o „*verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a překladů emocí do slov*“.

Pojem alexithymie pochází z řeckého jazyka a v doslovném překladu znamená „beze slov pro pocity“. Tento výraz byl poprvé vysloven v roce 1967 psychiatrem Sifneosem z Bostonu. Teorie alexithymie vychází z psychoanalytických základů a v období mezi sedmdesátými a osmdesátými lety se stala ústředním bodem a cílem pro objasnění psychosomatických nemocí. Již v roce 1954 Freedman a Sweet popsali pacienty, kteří v psychoterapii jen málo hovoří o svých pocitech a nazvali je „citově negramotnými“ (Baštecká & Goldman, 2001).

#### **4.5.2. Projevy alexithymie**

Stephanos (1975, in Baštecká, Goldman, 2001) přejmenoval alexithymii na „*Pinocchiův syndrom*“ a vyčleňuje její následující projevy:

- Snížená schopnost introspekce
- Neschopnost učit se novému emočnímu chování
- Ochuzená fantazie
- Omezená afektivní zkušenost
- Schizoidní interpersonální vztahy

Pacienti trpící alexithymií se v terapii projevují různorodými příznaky. Mezi charakteristické znaky se řadí (Baštecká, Goldman, 2001):

- Nekonečné popisování tělesných příznaků;
- Stěžování si na napětí, podrážděnost, bolesti, nudu, prázdnotu;
- Nápadný deficit fantazie, přitom pečlivě popisují detaily prostředí;
- Zřetelné obtíže při hledání vhodných slov pro vyjádření emocí;
- Neadekvátní projevy pláče - pláčou málo anebo hodně, pláč vztažen k odpovídajícím pocitům;
- Obtíže pamatovat si sny;
- Prožívané afekty bývají nepřiměřené;
- Hlavním způsobem života je činnost;
- Mezilidské vztahy bývají špatné, s tendencí k závislosti nebo k odmítání lidí;
- Častá přítomnost poruch osobnosti
- Pacient s alexithymií může v terapii působit nudně až „hloupě“

Z pohledu diferenciální diagnostiky může mít alexithymie podobné projevy jako Aspergerův syndrom, jejich odlišení nabízí následující tabulka.

**Tab. 2: Diferenciální diagnostika alexithymie a Aspergerova syndromu** (převzato od Suchy, 2011, s. 104):

Alexithymie	Aspergerův syndrom
<b>Potíže s popisováním pocitů ostatním lidem</b>	Selhání ve sdílení osobních pocitů a zkušeností s ostatními lidmi
<b>Neobratnost v nonverbálním chování</b>	Potíže s použitím nonverbální komunikace (např. výraz obličeje, držení těla, gestikulace)
<b>Omezená představivost a fantazie</b>	Vyhraněný zájem pouze na jedno nebo několik málo témat
<b>Vnější orientace nebo kognitivní styl vázaný na stimulus</b>	Předpojatost vůči jednotlivým částem objektů

Výzkumy (viz Procházka, 2009) ukázaly, že alexithymie je přítomná u některých klinických poruch jako jsou somatoformní poruchy, panická porucha, deprese s dominancí vitálních a somatických symptomů, posttraumatické stresové poruchy nebo poruchy příjmu potravy.

#### 4.5.3. Možné příčiny vzniku alexithymie

O vzniku alexithymie pojednává řada teorií, které se liší svým přístupem a východisky. **Psychoanalytici** kladou tradičně důraz na význam vývojových momentů a to především v rané fázi našeho života. „*Příčinou je, že mezi matkou a dítětem dochází v nejranějším vztahu k poruše interakce, které u dítěte vedou k neschopnosti tvořit vnitřní reprezentace instinktivních impulsů*“ (Procházka, 2011, s. 45). Neschopnost pojmenovávat, rozpoznávat a zpracovávat emoční prožitky je zde chápána jako obranná struktura, které pacienta chrání před zahlcením silnými a nepříjemnými emocemi jako je úzkost.

**Sociologický přístup** alexithymii pojímá jako důsledek tlaku společenských norem a konvencí, kterým je jedinec nucen se přizpůsobit. Tento jev vychází ze současného důrazu na racionalitu a oproštění se od emocí v moderním světě především v tom pracovním. Společnost nás často vede k tomu, abychom komunikovali stručně a jasně bez jakéhokoli důrazu na emoce a jejich prožívání. Emoce jsou považovány za věc osobní a intimní a někdy až

přehnaně dochází k jejich tabuizování. Jedinec, který prokazuje naprostou konformitu se společností a vzdává se své individuality, pak může začít vykazovat některé příznaky alexithymie (Procházka, 2011).

Jiný přístup, který alexithymii studuje jako druh mozkové dysfunkce, je označován jako **kognitivně neuropsychologický**. Příčina problémů s emočním prožíváním vychází z potíží ve spojení limbického systému a neokortexu. Limbický systém totiž zpracovává emoce a jejich prožívání, neokortex se na druhou stranu podílí na inteligenci, percepci a motorice. Když jsou impulzy, které směřují z limbického systému do neokortexu, potlačeny, dochází k poruše emocionálního a fantazijního života tedy k alexithymii (tamtéž). Další výzkumy (viz TenHouten et al., 1988) popisují souvislost alexithymie s přerušením struktury corpus callosum, která propojuje pravou a levou hemisféru. Výskyt alexithymie byl zjištěn také u pacientů s lézí v kůře pravé hemisféry, která je považována za dominantní v emočním prožívání. Pacienti s poraněním v oblasti pravé hemisféry v 30% vykazovali emoční oploštělost či znecitlivění (Gainotti, 1972). Dále se pak ukázala souvislost alexithymie s fungováním předního cingula a commisura anterior (Procházka, 2009). Podrobněji se problematice etiologie alexithymie u nás věnuje Procházka (2009, 2011).

#### 4.5.4. Druhy alexithymie

Procházka (2009) alexithymii dělí na primární a sekundární. Primární alexithymie zahrnuje dispoziční faktor, jež zapříčiňuje rozvoj nebo udržení somatického onemocnění. V případě sekundární alexithymie se jedná o nasedání na určité somatické onemocnění. Lze tedy sekundární formu alexithymie považovat za určitý obranný mechanismus, který se u nemocného jedince vytvořil ve vztahu k jeho onemocnění. V rámci tématu emočního prožívání pacientů s CHRS budu tedy hovořit o alexithymii sekundární. Alexithymie je také pojímána jako niterné popírání zraňujících negativních pocitů, avšak bez jejich úplného oddělení od vědomí podobně, jako tomu je u disociace. Toto potlačení se projevuje neschopností nacházet slova pro své pocity, a to je možno spojit s neschopností porozumět svým pocitům a emočnímu prožívání a vede to také k nedostatečné introspektivní funkci, kterou si pak jedinec kompenzuje odklonem od vnitřního života k vnějšímu světu.

Opakem alexithymie je **lexithymie**, tedy vysoká emocionalita, doprovázena dobrou úrovní fantazie a kvalitně rozvinutou kognicí, která hraje ve zpracování emocí významnou roli. Lexithymní jedinci mají obecně vyšší emoční inteligenci úspěšněji překonávat náročné

životní události. Projevují se vysokou sebedůvěrou i sebehodnocením a díky tomu úspěšně realizují svůj tvůrčí a expresní potenciál (Procházka, 2011). Další významný posun ve vymezení problematiky alexithymie přinesly výzkumy.

#### 4.5.5. Metody měření alexithymie

Jedna z nejpoužívanějších metod zjišťování alexithymie je **Torontská škála alexithymie** (TAS, Toronto Alexithymia Scale) 20-ti položková sebesposuzující škála od autorů Bagby, Parker & Taylor (1994). Metoda TAS je podrobněji popsána ve výzkumné části této práce. Jinou metodou je **Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire** (BVAQ), která opět přináší svůj vlastní přístup ke konceptu alexithymie a vymezuje její 3 subtypy. **Alexithymie I. typ** se vyznačuje sníženou schopností emocionálního prožívání a zhoršenou schopností identifikovat vlastní pocity, oslabenou fantazií a omezenou kognicí, která doprovází emoční pochody. I. typ alexithymie se také projevuje oddělením sociálních vztahů a omezením kvality a kvantity vyjadřování emocí v mezilidských vztazích, což má za následek nedostatečnou empatii i zájem o družnost. Sociální a emoční život jedinců s touto poruchou je velmi plochý a prázdný. Jejich nejčastějšími mechanismy obrany jsou projekce nebo racionalizace, kdy emoce zůstávají potlačeny bez projevů. Toto narušené a oploštěné emoční prožívání nebo neprojevování emocí se stává příčinou chladných a konfliktních vztahů, a to způsobuje danému jedinci další komplikace a problémy. **II. typ alexithymie** je naopak popisován jako dobrá schopnost emocionálního prožívání a jedinec s tímto typem alexithymie se snadno identifikuje se svými pocity a fantaziemi. Porušenou se však stává doprovázející kognice u emočního prožívání. Charakteristický je zde nedostatek emocionální stability. Jedinci s touto poruchou si často stěžují na somatické obtíže a problémy se spánkem. Rovněž trpí záchvaty úzkosti, paniky a depresi. Někdy se projevují až paranoidními myšlenkami a jsou méně odolní vůči stresu (Vingerhoets, Nyklíček & Denolet, 2008).

#### 4.6. Výzkumy emočního prožívání u pacientů s chronickým onemocněním

Po podrobném hledání a studování výzkumů realizovaných v oblasti emočního prožívání u somaticky nemocných pacientů jsem vzhledem k zaměření mého výzkumného šetření vybrala následující studie, které zde dle zkoumané problematiky řadím. Současná studie (Turner & Kelly, 2000) zjistila, že 13 % mužů a 17 % žen, kteří trpí chronickým

onemocněním, projevují zároveň příznaky některé z afektivních poruch. U pacientů trpících diabetem nebo revmatoidní artritidou byla zjištěna prevalence 20-25% afektivních poruch. U pacientů akutně přijatých s onkologickým nálezem je procento výskytu deprese až kolem 30% oproti běžné populaci (4-8%).

Výzkum Waisera, Buddeho a Schreibora (1998) realizovaný u 612 německých pacientů dialyzovaných a transplantovaných ukázal, že kvalita života transplantovaných pacientů je významně vyšší oproti pacientům léčených domácí peritoneální dialýzou, u kterých se prokázal vyšší výskyt úzkostných a depresivních symptomů. Muehrer & Becker (2005) zjistili, že negativní vliv na kvalitu života transplantovaných pacientů s CHRS má např. komorbidita nemoci, vedlejší účinky léků, hospitalizace, pracovní situace, sexualita, tělesný obraz, úzkost a deprese.

Úzkost a deprese se řadí mezi příčiny morbidity pacientů s chronickým onemocněním. Výzkumy často porovnávají pacienty na hemodialýze a transplantované a zjišťují, u které z těchto skupin je přítomnost depresivních a úzkostných příznaků závažnější. Ve výzkumu Karaminia, Tavallaii, Lorgard-Dezfuli-Nejad a kol. (2007) byla úzkost signifikantně nižší u transplantovaných oproti hemodialyzovaným pacientům. U deprese se ale statisticky významný rozdíl u sledovaných skupin pacientů neprokázal. Deprese se vážněji projevovala u pacientů s nižší úrovní vzdělání. Úzkost se u transplantovaných závažněji projevovala u těch, kteří prodělali transplantaci kolem 35 let a u těch, kteří měli ve své minulosti rejekci štěpu (odmítnutí ledviny). U pacientů hemodialyzovaných bylo prokázáno významně vyšší procento výskytu deprese oproti pacientům transplantovaným nebo léčených peritoneální dialýzou. Navíc byl zjištěn signifikantní vztah mezi depresí a kvalitou života (García & Calvanese, 2008).

Další studie (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bortoli, 2009) zkoumala míru úzkosti a deprese u 30 pacientů s chronickým renálním selháním léčených hemodialýzou ve věkovém rozhraní 25 let až 85 let. Pro zjištění deprese byla použita Beckova stupnice pro měření deprese a pro úzkost Spielbergerův dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti. U 56,7% respondentů se projevila určitá míra deprese. Míra úzkosti (stavu i rysu) pozitivně korelovala s depresí. Stav úzkosti byl vyšší u starších pacientů a u pacientů, kteří procházeli prvními měsíci na hemodialýze. Míra deprese byla vyšší u pacientů bez pracovní aktivity a s nadprůměrným věkem.

Levenson & Glochesky (1991) zjistili, že deprese pozitivně koreluje s vnímáním účinků nemoci a inverzně s životní spokojeností a sociální podporou. Prevalence depresivních poruch u pacientů procházejících hemodialýzou je zvýšená oproti běžné populaci a může mít spojitost se změnou životního stylu, který implikuje léčba. Ve studii Campa (1998) bylo zjištěno, že 16,7% pacientů na hemodialýze splňuje kritéria pro stanovení poruchy přizpůsobení s depresivní náladou a 37,5% vykazují jasné symptomy depresivní poruchy. Nebyl zde nalezen statisticky významný vztah mezi depresí a proměnnými jako věk, pohlaví, rodinný stav nebo čas trvání nemoci.

Alvares-Ude, Galán, Vincente a kol. (2001) zkoumali výskyt úzkosti u pacientů léčených hemodialýzou a ukázalo se, že 21% z nich zažívá úzkost a u 31% sledovaných byla zjištěna dokonce patologická úroveň úzkosti, pouhých 15% pacientů nevykazovalo příznaky úzkosti žádné. Úzkost je komplikující komorbidní diagnózou u mnoha pacientů se zdravotními obtížemi. U pacientů s CHRS bývá úzkost často sledována společně s depresivními symptomy. Výzkum Cukora, Friendama, Newvilleho, Petersona (2008) ukázal rovněž zajímavé výsledky: 45,7% pacientů s CHRS splňovalo kritéria úzkosti a 40% splňovalo kritéria poruchy nálady.

Ve výzkumu od autorů Deshields, Jenkins a Tait (1989), kde byli srovnáváni pacienti s chronickým onemocněním (trpící hypertenzí a diabetem) s preklinickou kontrolní skupinou, se ukázal statisticky významně vyšší výskyt prožitku hněvu a tendence vyjadřovat hněv směrem ven u pacientů s chronickým onemocněním. Hněv byl statisticky významně vyšší u pacientů s diabetem oproti pacientům s hypertenzí. V další studii od autorů Burns, Bruehl a Quartana (2006) byl hněv sledován u pacientů trpících chronickou bolestí. Hněv zde byl zkoumán z hlediska jeho fyziologických projevů. Ukázalo se, že tito pacienti mají vyšší tendenci potlačovat hněv, a to se projevuje svalovou tensí poblíž jádra bolesti, která se objevuje častěji při subjektivním pocíťování hněvu oproti smutku, kdy se tento typ bolesti neprojevoval.

Obecně se předpokládá, že mezi pacienty s chronickou bolestí je zvýšený výskyt alexithymie. Bolest je také příčinou vzniku vysoké míry chronické úzkosti. Výzkum (Celikel & Saatcioglu, 2006) u 30 pacientek s chronickou bolestí prokázal signifikantně vyšší míru alexithymie oproti kontrolní skupině. Výsledný skóre v Toronto Alexithymia Scale pozitivně koreloval s délkou trvání chronické bolesti. U 53% pacientů po úrazu hlavy s chronickou bolestí, kteří



splňovali kritéria somatoformní poruchy, byl prokázán výskyt alexithymie. Pacienti vykazující alexithymii používali signifikantně více slov k popisu jejich bolesti (Cox, Kuch, Parker, Shulman & Evans, 1994).

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5. Výzkum emočního prožívání pacientů s CHRS procházejících hemodialýzou

Ve výzkumné části mé diplomové práce jsem se zaměřila na pacienty s CHRS, kteří procházejí ambulantní léčbou v dialyzačních střediscích. Na základě předchozího studia odborné literatury o této problematice jsem se pro empirickou část diplomové práce zaměřila na vybrané emoce (emoční stavy). Rozhodla jsem se zrealizovat kvantitativní výzkumné šetření, které mapuje polaritu emočního prožívání, míru deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie u pacientů na hemodialýze.

Jako metodu získávání dat jsem zvolila 5 standardizovaných dotazníků a dotazník mapující sociodemografické údaje a informace o onemocnění pacientů. Pro ujištění o vhodnosti volby nástrojů a způsobu jejich administrace jsem provedla pilotní studii a teprve po té jsem zahájila vlastní výzkumné šetření, kterého se účastnilo celkem 68 respondentů (včetně předvýzkumu) ze 4 dialyzačních středisek v Praze, Hradci Králové a Pardubicích.

#### 5.1. Vymezení výzkumného problému

Problematiku emočního prožívání u pacientů s chronickým onemocněním vnímám jako závažnou a přesto mnohdy podceňovanou. Emoce jsou důležitou složkou psychiky a mají významný vliv na duševní harmonii, podílejí se na životní spokojenosti, vyjadřují kvalitu života a ovlivňují celostní zdraví každého jedince. Je přirozené, že pacient s diagnózou chronického onemocnění zažívá negativní emoční reakce jako je strach, úzkost, zlost, odpor, smutek či deprese apod. A je také žádoucí, aby měl možnost si své pocity uvědomit, hovořit o nich, ventilovat je a tím se s nimi srovnat. Proces vyrovnávání se s těžkou a nezvratitelnou životní událostí vyžaduje prožití si těchto emocí. Může trvat několik měsíců i let než pacient dojde do stavu smíření se, přijetí všech změn a adaptuje se novému způsobu fungování. V některých případech ale bohužel nedochází k úplnému vyrovnání se s nemocí a pacient může setrvávat v dlouhotrvajících až chronických stavech deprese, úzkosti, hněvu či apatie. Setrvávající negativní emoční prožívání má rovněž nežádoucí či škodlivý dopad na celkový zdravotní stav pacienta a může i negativním způsobem ovlivňovat proces léčby.

U pacientů s CHRS dochází k poměrně zásadnímu zásahu do života. V terminálním stádiu ledvinového selhání (při vzrůstu kreatininu v krvi nad hladinu 500-600  $\mu\text{mol/l}$ ) je pacient životně závislý na metodách náhradní funkce ledvin (viz teoretická část). Pacienti, kteří podstupují pravidelnou ambulantní léčbu, obvykle 3x týdně dojíždí do dialyzačního střediska, kde tráví několik hodin napojením na hemodialyzační přístroj. Tato časově náročná léčebná procedura často komplikuje běžné fungování všech pacientů, u mladších a pracujících pacientů znemožňuje plné nasazení v zaměstnání a často dochází k přerušení pracovního života např. vlivem dalších zdravotních komplikací. Pacienti mladší 65 let s diagnózou CHRS často pobírají plný invalidní důchod. Zamezení pracovních aktivit zákonitě vede i k redukci sociálních vztahů a sociální okruh nemocného se často skládá jen z nejbližší rodiny, zdravotníků a popř. dalších pacientů. Kromě toho musí dodržovat mnohá omezení a diety, z nichž jako nejnáročnější vnímám omezení příjmu tekutin na pouhých cca 0,5l denně. Všechny tyto změny a omezení sebou nepochybně mohou přinášet silné emoční reakce a prožitky. „*Slovo deprese je na dialyzačním středisku zmiňované stejně často jako slovo přepíjení*“ (Znojová, 2004). Problematiku emočního prožívání pacientů s CHRS vnímám jako velmi důležité psychologické téma, jehož empirické zkoumání může přinést významná zjištění pro klinickou praxi.

## 5.2. Výzkumné otázky a cíle

Záměrem výzkumného šetření bylo zmapování emočního prožívání, výskytu deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie u pacientů procházejících léčbou na hemodialýze. Vybrané psychologické fenomény jsou porovnány v závislosti na vybraných proměnných: pohlaví, věk, sdílení domácnosti, délka trvání léčby, čekání na TP, prodělání TP, výskyt diabetu a výskyt dalších onemocnění. Získaná data byla statisticky analyzována a byly porovnány rozdíly v souboru respondentů u vybraných proměnných. Dále byly pomocí korelace zjišťovány vztahy mezi jednotlivými proměnnými.

### Výzkumné otázky:

VO1: *Jaké je emoční prožívání, míra deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie u vybraného výzkumného souboru?*

VO2: *Liší se zkoumaný soubor v emočním prožívání, úzkosti, hněvivosti a alexithymii na základě vybraných proměnných (pohlaví, sdílení domácnosti, délka trvání léčby, čekání na transplantaci, prodělaná transplantace, diabetes, jiné onemocnění.)?*

VO3: *Existuje statisticky významný vztah mezi zkoumanými proměnnými?*

VO4: *V jakém vztahu jsou vybrané proměnné?*

Cílem výzkumného šetření bylo získání a analyzování dat, která poskytují informace o emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti, alexithymii a sociodemografických proměnných u vybraného souboru pacientů procházejících léčbou na hemodialýze. Z hlediska statistické analýzy dat bylo cílem zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly ve vybraných proměnných u získaného souboru pacientů. Dále zda existují korelační vztahy mezi jednotlivými proměnnými, a jaké tyto vztahy jsou.

### **Hypotézy:**

H1(A): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii mezi muži a ženami.* H1(0): *Neexistují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii mezi muži a ženami.*

H2(A): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii mezi pacienty, kteří bydlí sami a kteří sdílejí svoji domácnost alespoň s jedním členem.* H2(0): *Neexistují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii mezi pacienty, kteří bydlí sami a kteří sdílejí svoji domácnost alespoň s jedním členem.*

H3(A): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů, kteří čekají na transplantaci ledviny a kteří na ni nečekají.* H3(0): *Neexistují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů, kteří čekají na transplantaci ledviny a kteří na ni nečekají.*

H4(A): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů, kteří prodělali transplantaci ledviny a kteří ji neprodělali.*

H4(0): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů, kteří prodělali transplantaci ledviny a kteří ji neprodělali*

H5(A): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů s diabetem a bez diabetu.* H5(0): *Neexistují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů s diabetem a bez diabetu.*

H6(A): *Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů trpících ještě jiným onemocněním a u pacientů bez jiného onemocnění.* H6(0): *Neexistují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů trpících ještě jiným onemocněním a u pacientů bez jiného onemocnění.*

H7(A): *Existuje signifikantní vztah mezi věkem a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.* H7(0): *Neexistuje signifikantní vztah mezi věkem a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.*

H8(A): *Existuje signifikantní vztah mezi počtem členů domácnosti a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.* H8(0): *Neexistuje signifikantní vztah mezi počtem členů domácnosti a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.*

H9(A): *Existuje signifikantní vztah mezi dobou trvání hemodialýzy a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.* H9(0): *Neexistuje signifikantní vztah mezi dobou trvání hemodialýzy a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.*

### **5.3. Průběh výzkumu a způsob administrace**

Výzkumné šetření probíhalo od července 2015 do listopadu 2015 a účastnilo se ho celkem 68 respondentů ze čtyř dialyzačních středisek – Institutu klinické a experimentální medicíny, Fakultní nemocnice Motol, Krajské nemocnice v Pardubicích a Fakultní nemocnice v Hradci Králové. V polovině července a na začátku září 2015 proběhl pilotní výzkum, kterého se účastnilo celkem 13 pacientů (z FN Motol a FN v Hradci Králové) a jehož cílem bylo ověřit adekvátnost vybraných metod získávání dat a zároveň rozhodnout o vhodném způsobu

administrace těchto metod. Rozhodla jsem se pro asistované vyplňování dotazníků s pacienty přímo na lůžku. Vzhledem k tomu, že je emoční prožívání velice aktuální záležitost, bylo pro mě důležité zachytit odpovědi respondentů v průběhu konání hemodialýzy. Pacient napojený na hemodialyzační zařízení není schopen sám vyplnit dotazník, proto jsem každému pacientovi pomáhala se čtením otázek a zaškrťováním odpovědí. S volbou tohoto způsobu administrace dotazníků jsem si byla vědoma zvýšeného rizika možného zkreslení odpovědí respondentů. Když je dotazovaný v přímém kontaktu s výzkumníkem, může mít tendenci některé údaje záměrně zkreslovat, aby působil lepším dojmem. Je to ale riziko, které vzniká i při administraci, kdy respondent vyplňuje dotazníky zcela samostatně. Přesto jsem se rozhodla toto riziko podstoupit z následujících důvodů. Pokud bych dotazníky pacientům zadala domů k vyplnění, zvýšilo by se riziko, že některé otázky nevyplní, protože jim buď úplně neporozumí, nebo z důvodu, že je jich mnoho a samostatné vyplňování všech 138 položek by pro ně mohlo být náročné či únavné. Zvolený způsob administrace dat mohl naopak nabýt přidané hodnoty v tom, že zprostředkoval pacientům netradiční zážitek, částečné zaplnění dlouhého času tráveného na dialýze a možnost promluvit si o svých pocitech a subjektivním vnímání svého onemocnění. Pro mě jako výzkumníka byl způsob získávání dat obohacující možností klinické praxe s pacienty somatického oddělení. Celkově jsem tímto dotazováním strávila 14 směn, což činí více jak 50 hodin strávených v dialyzačních střediscích.

Po zhodnocení pilotní studie byla v testové baterii změněna jedna metoda. Místo Zungovy škály měření úzkosti (SAS), která obsahuje poměrně vysoké množství položek popisujících somatické obtíže, jsem zvolila Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI) od Spielbergera a vybrala jsem pro účely mého výzkumu pouze škálu úzkosti X-1. Protože kromě této metody nedošlo k žádné jiné změně v původní testové baterii, rozhodla jsem se zahrnout data od 13 respondentů z pilotní studie do výsledné analýzy dat bez proměnné úzkosti.

#### **5.4. Metody získávání dat**

Testová baterie složená z 6 dotazníků (5 standardizovaných a 1 dotazník zjišťující sociodemografické údaje viz přílohy) obsahuje dohromady 136 otázek a jejich vyplnění trvá průměrně 30-45 minut. Dotazník zjišťující sociodemografická data obsahuje 22 otázek, dotazník emočního prožívání 36 položek a dvě otázky na aktuální rozpoložení, škála měřící

depresi zahrnovala 20 položek, škála pro zjištění úzkosti 20 položek, škála zjišťující hněvivost 15 položek a jednu na změření míry tendence k popření hněvu a poslední škála na změření míry alexithymie 20 položek. Typy otázek jsou uzavřené (dichotomické a výběrové), otevřené a škálové (pětibodové a čtyřbodové škály).

Pro měření emočního prožívání byl použit *Dotazník emočního prožívání* (DEP36) od autora Koženého (1993). **DEP36** je metoda, jež má za snahu operacionalizovat faktor emočního prožívání v dimenzi výskytu negativních a pozitivních emocionálních prožitků. Autor vychází z dotazníku *Subjektivní emoční rovnováhy* od Noacka (1988), který postihuje pozitivní a negativní stránky prožívání s cílem reflektovat emocionální složky subjektivní pohody (SWB). Předpokládá se, že subjektivní emoční rovnováha, která definuje i celkovou duševní pohodu, je jedním z důležitých faktorů ovlivňujících pozitivní zdraví. Dotazník obsahuje 36 tvrzení, z nichž 18 položek (1, 3, 5, 8, 10, 12, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 26, 29, 32, 33, 34, 36) obsahuje pozitivní prožívání a 18 negativní (2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 35). Respondent má za úkol na 5-bodové (od 1 = téměř nikdy až 5= velmi často) stupnici odhadnout frekvenci výskytu svých emocionálních stavů za daný časový úsek<sup>14</sup> např. uplynulý týden. Součet naměřených hodnot utváří celkový skór, který se pohybuje v rozsahu 18-90 na jednu dimenzi. Psychometrické parametry dotazníku prokázaly konstruktivní validitu a reliabilitu nástroje (Cronbachův koeficient vnitřní konzistence u obou škál DEP36 dosahuje hladiny 0,93.) Autor doporučuje využití škál k experimentálním účelům. (*Po osobním kontaktu s autorem panem prof. Koženým mi bylo potvrzeno, že normy pro DEP36 zatím nejsou stanoveny, byly vypracovány pouze experimentální normy pro zvláštní skupinu studentů a dospělých (viz Kožený, 1993).*) Na úvod DEP36 jsou přidány 2 otázky mapující aktuální rozpoložení hodnocené na stupnici od 1 do 10 a dichotomická otázka (viz přílohy).

Pro zjištění míry deprese byla použita *Zungova sebehodnotící stupnice* (SDS, *Zung Self-Rating Depression Scale*, 1965), která je společně s BDI považována za nejužívanější metodu měření deprese v klinické praxi. **SDS** je 20 položkový sebehodnotící široce používaný nástroj měření deprese, který zahrnuje její afektivní, psychologické i somatické příznaky. Vyplnění dotazníku trvá většinou 5-10 minut a jednotlivé položky zahrnují jak pozitivní tak negativní výroky. Stupnici lze efektivně využít v rámci různých diagnostických situací i vědeckých studií. Každá položka je znázorněna na Likertově stupnici v rozsahu od 1 do 4 (*nikdy nebo zřídka, někdy, dosti často, velmi často nebo stále*). Položky s obráceným skórováním jsou: 2,

---

<sup>14</sup>U všech metod byla stanovena jednotná časová hranice pro odhad emočních stavů – „za poslední měsíc“

5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 a 20. Celkový skóre je odvozen jako součet jednotlivých skóre položek a pohybuje se od 20 do 80. Pro zjištění závažnosti deprese je nutno hrubý skóre převést na SDS skóre (dle tabulky), v tabulce SDS indexu určíme, do jaké úrovně závažnosti se respondent řadí. Za mírně depresivní jedince považujeme ty, kteří ve stupnici skórují mezi 50 a 69, ti kteří vykazují vyšší hodnoty než 70, mohou trpět těžkou depresí. Výsledný skóre poskytuje orientační přehled o rozsahu závažnosti deprese, který může být užitečný pro klinické nebo výzkumné účely, ale tento nástroj nemůže nahradit komplexní klinický rozhovor potřebný pro potvrzení diagnózy deprese. SDS je také vhodný nástroj pro sledování změn v závažnosti deprese v čase v rámci výzkumných studií (WHO, 2015). Příklad otázky: *Jsem podrážděný/a více než obvykle.*

Metodou pro měření úzkosti se stal *Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) od autorů Spielberger, Gorsuch, Lushene et col., (1983). Dotazník **STAI** je vhodný pro diagnostikování úzkosti u klinických pacientů a pro odlišení symptomů úzkosti od deprese. Rovněž bývá tato metoda často volena pro výzkumné účely. Metoda má dvě alternativní verze, které je možno aplikovat jak společně, tak i odděleně dle diagnostických či výzkumných záměrů. Každá verze Y-1 (úzkost jako stav) i Y-2 (úzkost jako rys) obsahuje 20 položek mapujících příznaky úzkosti. Všechny položky jsou hodnoceny na 4-bodové stupnici, která určuje častost výskytu jednotlivých symptomů (od „téměř nikdy“ až po „téměř vždy“). Čím vyšší skóre respondent v dotazníku získá, tím vyšší úroveň úzkosti se u něj vyskytuje. STAI se také ukázal jako vysoce validní a reliabilní metoda. Koeficient vnitřní konzistence dosáhl úrovně od 0,86 do 0,95, test-retest prokázal spolehlivost v rozmezí od 0,69 do 0,89. Mnoho důkazů svědčí také o konstruktové a souběžné validitě metody (APA, 2015). Pro účely tohoto výzkumu jsem zvolila pouze škálu úzkosti jako stavu (Y-1), která obsahuje 20 položek např.: *„Krizové situace a těžkosti mě pronásledují“*. Otázky s opačným skórováním jsou: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. Rozsah celkového skóre se nachází v rozmezí 20-80 bodů pro každou verzi (X-1, X-2), vyšší skórování indikuje větší míru úzkosti. Hranice 39-40 bodů byla autory metody navržena pro detekování klinicky významných symptomů úzkosti u dospělých jedinců. Na základě dalších studií byla tato hranice navýšena pro starší dospělé jedince na úroveň 54-55 bodů. Normy dostupné v manuálu STAI jsou použitelné u populace dospělých, vysokoškolských studentů a u psychiatrických vzorků (Julian, 2011).

Jako nástroj na měření hněvu byla vybrána *Škála pro měření hněvivosti a nahněvanosti* (ŠHaN, State-Trait Anger Scale, STAS), jejíž autorem je Spielberger, Jacobs, Russel a kol.



(1980). **ŠHaN** byla přeložena do češtiny autory Müllnerem, Šebejem a Farkašem (1990, in Dolejš, Skopal, Suchá et al. 2014). Nástroj ŠHaN obsahuje celkem 30 položek, které jsou rozděleny do 2 dílčích částí po 15 položkách. Část X-1 měří hněv jako aktuální stav a část X-2 zjišťuje hněvivost, jako trvalejší osobnostní rys. V obou částech ŠHaN respondent volí svou odpověď na 4-bodové stupnici (X-1: vůbec – trochu – dost – velmi; X-2: téměř nikdy – někdy – často – téměř vždy). Celkový skóre každé ze škál se pohybuje v rozmezí 15–60 bodů. Vyplnění celého dotazníku nezabere více než 15 minut. Česká verze dotazníku má své vlastní populační normy, které byly vytvořeny na 581 mužích a 460 ženách. Müllner a kol. (1990) naměřili jako ukazatel reliability Cronbachovo alfa hodnotu 0,79, (Spielberger 0,86). Pro výzkumné účely byla do testové baterie zahrnuta pouze škála hněvivosti X-2, která zahrnuje otázky typu: „*Naštvi se, když mě kritizují v přítomnosti jiných*“. K dotazníku jsem přidala další položku mapující míru potlačení/nepotlačení tendence rozčítit se nebo vzplanout na bodové stupnici 1-7 (viz přílohy).

Pro měření míry alexithymie byla použita *Torontská škála alexithymie* (Toronto Alexithymia Scale, TAS), což je 20-ti položková sebesposuzující škála od autorů Bagby, Parkera Taylor (1994). Metoda **TAS** obsahuje 3 dílčí faktory (subškály):

1. **Faktor (F1, obtížnost identifikovat emoce)** - vymezuje poruchu identifikace vlastních emocí, zažívání nediferencovaného emočního vzrušení, subškálu zastupují položky 1, 3, 6, 11, 9, 13, 14.
2. **faktor (F2, obtížnost popisovat emoce)** - zahrnuje neschopnost deskripce emocí, zahrnuje položky 2, 4, 7, 12, 17.
3. **faktor (F3, externě orientované myšlení)** - orientace na okolní svět, omezení fantazijního života, položky 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Položky jsou měřeny pomocí 5-bodové Likertovy škály (1 = silně nesouhlasí a 5 = silně souhlasí). Z toho 6 položek skóruje negativně (4, 5, 10, 18 a 19). Celkový skóre alexithymie je součet odpovědí ze všech 20 položek, kdy skóre každého faktoru subškály je součtem odpovědí z dané subškály. Hranice pro stanovení míry alexithymie v TAS jsou následující: méně nebo rovno 51 = bez příznaků alexithymie, 52 až 60 = možné příznaky alexithymie a více nebo rovno 61 = výskyt alexithymie. TAS prokazuje dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachovo alfa = 0,81) a reliabilitu re-testu (0,77,  $p < 0,01$ ). Výzkumy také prokázaly, že TAS ukazuje adekvátní úrovně konvergentní a souběžné validity. Faktor 3 byl ověřen jako

teoreticky se shodující s konstruktem alexithymie. Kromě toho bylo zjištěno, že je měření metodou TAS stabilní a opakovatelné jak u klinické, tak preklinické populace. Příklad otázky: „*Je pro mne těžké odhalit moje nejvnitřnější city a to i blízkým přátelům*“.

V následující statistické analýze dat bylo u všech vybraných metod pracováno s jejich hrubými skóry.

## **5.5. Výzkumný soubor**

Výzkumného šetření se celkem účastnilo 68 respondentů ze 4 dialyzačních středisek z Fakultní nemocnice v Motole (19 pacientů) a IKEMU (10 pacientů) v Praze, z Fakultní nemocnice v Hradci Králové (29 pacientů) a z Nemocnice Pardubického kraje (10 pacientů). Pro výběr pacientů do výzkumného souboru byla určena specifická kritéria pro zařazení do vzorku:

- Věk vyšší než 18 let – na základě nasbíraných dat zúženo na pacienty starších 35 let
- Diagnóza chronického renálního selhání (na hemodialýze mohou být pacienti i s např. akutním selháním ledvin)
- Doba trvání léčby na hemodialýze delší než 3 měsíce
- Bez diagnózy psychiatrického onemocnění (např. pacienti bez demencí, psychóz apod.)

Z důvodu dodržení výše uvedených kritérií a pro zachování vyšší homogenity souboru byli 2 pacienti z výzkumného souboru vyřazeni – jeden kvůli nízkému věku 27 let (další nejmladší pacient 38 let) a druhý z důvodu velmi krátké doby strávené léčbou na hemodialýze (1 den). U těchto dvou případů je více pravděpodobné, že se jejich emoční prožívání může i významně odlišovat od zbylých respondentů, kteří jsou věkově výrazně starší (většina vzorku zahrnuje seniorskou populaci) a procházejí léčbou na HD minimálně čtvrt roku až desetiletí (nejdéle 27 let). První tabulka znázorňuje rozložení pacientů dle dialyzačních středisek. 25,76% respondentů bylo z FN Motol, 15,15% z IKEMU, 43,94% z FN v Hradci Králové a zbylých 15,15% z hemodialyzačního střediska Nemocnice Pardubického kraje.

**Tab. 3: Rozdělení souboru dle dialyzačních středisek**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
FN Motol	17	25,76	25,76
IKEM	10	15,15	40,91
FN Hradec Králové	29	43,94	84,85
Nemocnice Pardubice	10	15,15	100,00
Celkem	66	100,00	

Podářilo se získat data v poměrově rovnoměrném rozdělení mužů (51,52%) a žen (48,48%), toto rozdělení popisuje následující tabulka.

**Tab. 4: Rozdělení souboru dle pohlaví**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Muži	34	51,52	51,52
Ženy	32	48,48	100,00
Celkem	66	100,00	

Tabulka 5 poskytuje deskriptivní statistiku rozložení souboru dle věku a dle počtu lidí, se kterými respondenti sdílejí svoji domácnost. Nejmladší pacient byl ve věku 38 let a nejstarší dosáhl 91 let. 65% (43) respondentů mělo 65 nebo více let, 35% (23) respondentů bylo mladších 65 let. Věkový průměr výzkumného souboru je 67 let. Minimální počet lidí, se kterými respondenti sdílejí domácnost, je 0, tedy pacient žije sám, a maximální počet lidí, se kterými sdílejí svoji domácnost, je 8 členů. Průměrně respondenti sdílejí domácnost se 2 dalšími členy.

**Tab. 5: Deskriptivní statistika souboru dle věku a počtu členů sdílejících domácnost**

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směr. Odchylka
Věk	66	38,00	91,00	66,94	11,86
Členové v domácnosti	66	0,00	8,00	1,80	1,62
N	66	100,00			

Další zkoumanou proměnnou bylo nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 21,21 % respondentů mělo základní vzdělání, 43,94% respondentů absolvovalo střední školu bez maturity (vyučení), 22,73% respondentů mělo střední školu s maturitou a 12,12% vystudovalo vysokou školu. Podrobnější popis je znázorněn v následující tabulce.

**Tab. 6: Rozdělení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Základní	14	21,21	21,21
Střední bez maturity	29	43,94	65,15
Střední s maturitou	15	22,73	87,88
Vysokoškolské	8	12,12	100,00
Celkem	66	100,00	

Sociální status respondentů lze rozdělit do 3 kategorií. 6,06% respondentů jsou stále pracující, 3,03% respondentů uvádí, že pracují i pobírají invalidní důchod (jeden respondent ID 3. stupně a druhý ID 2. stupně). 21,21% z dotazovaných jsou v plném invalidním důchodu (ID 3. stupně), zbývajících 69,70% pobírá starobní důchod, viz následující tabulka.

**Tab. 7: Rozdělení souboru dle sociálního statusu**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Zaměstnaný/á	4	6,06	6,06
Pracující a ID	2	3,03	9,09
V invalidním důchodu	12	21,21	30,30
V důchodu	46	69,70	100,00
Celkem	66	100,00	

Další zkoumanou proměnnou je rodinný stav respondentů. 6,06% respondentů jsou svobodní, 4,54% z nich je vztahu s partnerem nebo partnerkou, 51,52% jsou ve svazku manželském, 10,61% jsou rozvedení a zbylých 27,27% jsou ovdovělí/ovdovělé.

**Tab. 8: Rozdělení souboru dle rodinného stavu**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Svobodný/á	4	6,06	6,06
S partnerem/partnerkou	3	4,54	10,60
Ženatý/Vdaná	34	51,52	62,12
Rozvedený/á	7	10,61	72,73
Ovdovělý/á	18	27,27	100,00
Celkem	66	100,00	

Pouhých 5 respondentů (7,58%) uvádí, že nemá děti, zbývajících 61 (92,42%) potomky má. Z nich 60,65% uvádí, že jsou v kontaktu se svými potomky každý den, 27,87% je alespoň jednou za týden v kontaktu s dětmi, 8,2% je v kontaktu alespoň jednou za měsíc a 3,28% je se svými dětmi v kontaktu méně než jednou za měsíc.

**Tab. 9: Rozdělení souboru dle frekvence jejich kontaktu s dětmi**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Každý den	37	60,65	60,65
Každý týden	17	27,87	88,52
Každý měsíc	5	8,20	96,72
Méně než jednou za měsíc	2	3,28	100,00
Celkem	61	100,00	

Následující položky popisují informace o onemocnění, léčbě, komplikacích a dalších souvislostech CHRS u respondentů výzkumného souboru. 9,09% respondentů trpí CHRS méně než rok, 27,27% z nich 1 až 3 roky. Více jak 3 roky ale méně než 10 let je doba onemocnění u nejvyššího počtu respondentů 34,85% a více jak 10 let tímto onemocněním trpí 28,79% viz tabulka 10. 25,76% (17) respondentů uvádí, že onemocnění ledvin bylo příčinou jejich pracovní neschopnosti, naopak 74,24% (49) z nich CHRS nebyla příčinou pracovní neschopnosti.

**Tab. 10: Rozdělení souboru dle doby trvání onemocnění selhání ledvin**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Méně než rok	6	9,09	9,09
1 – 3 roky	18	27,27	88,52
3 – 10 let	23	34,85	71,21
Více jak 10 let	19	28,79	100,00
Celkem	66	100,00	

Následující tabulka nabízí deskriptivní statistiku rozložení souboru dle délky doby trvání léčby hemodialýzou. Nejkratší doba léčby HD u respondentů trvala 3 měsíce a naopak nejdelší 27 let. Průměrná doba léčby na HD trvala necelých 51 měsíců (4 roky a 3 měsíce). Nejčastěji léčba trvala 2 roky (modus) a medián výzkumného souboru je pouhé 3 roky.

13,64% respondentů uvádí, že jejich léčba na HD byla v průběhu přerušena. Zbylých 86,36% respondentů léčbu na HD od jejího počátku nepřerušilo.

**Tab. 11: Deskriptivní statistika souboru dle počtu měsíců na hemodialýze**

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směr. odchylka
Doba léčby na HD	66	3	324	50,79	51,55
N	66	100,00			

Pouze 4 (6,06%) z dotazovaných byli v minulosti léčeni peritoneální dialýzou, zbylých 93,94% PD nikdy léčení nebyli. 22,73% (15) respondentů je zařazeno do transplantčního programu jako čekatelé na novou ledvinu. Zbylých 77,27% respondentů jsou buď kontraindikováni, nebo se nechtějí stát příjemci náhradní ledviny. Další tabulka (12) popisuje rozložení pacientů dle prodělání transplantace ledviny. 13 (19,7%) respondentů již prodělalo transplantaci ledviny (5 z nich zároveň na TP ledviny znovu čeká). 80,3% (53 respondentů) TP nikdy neprodělalo a 10 z nich na ni čeká.

**Tab. 12: Rozdělení souboru dle prodělání transplantace ledviny**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Prodělal/a TP	13	19,70	19,70
Neprodělal/a TP	53	80,30	100,00
Celkem	66	100,00	

Ve výzkumném souboru se vyskytuje 42,42% pacientů trpících také diabetem, což popisuje další tabulka.

**Tab. 13: Rozdělení souboru dle onemocnění diabetes mellitus**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Trpí diabetem	28	42,42	42,42
Netrpí diabetem	38	57,58	100,00
Celkem	66	100,00	

69,7% respondentů uvádí, že trpí ještě jinými zdravotními komplikacemi než je CHRS a diabetes. 30,3% souboru jiné onemocnění či zdravotní komplikace nemá (nebo o nich neví). Z toho rovná třetina (33,33%) respondentů trpí kardiovaskulárním onemocněním. 10 (15,15%) respondentů má hypertenzi, rovněž 10 (15,15%) trpí neurologickými obtížemi, 4

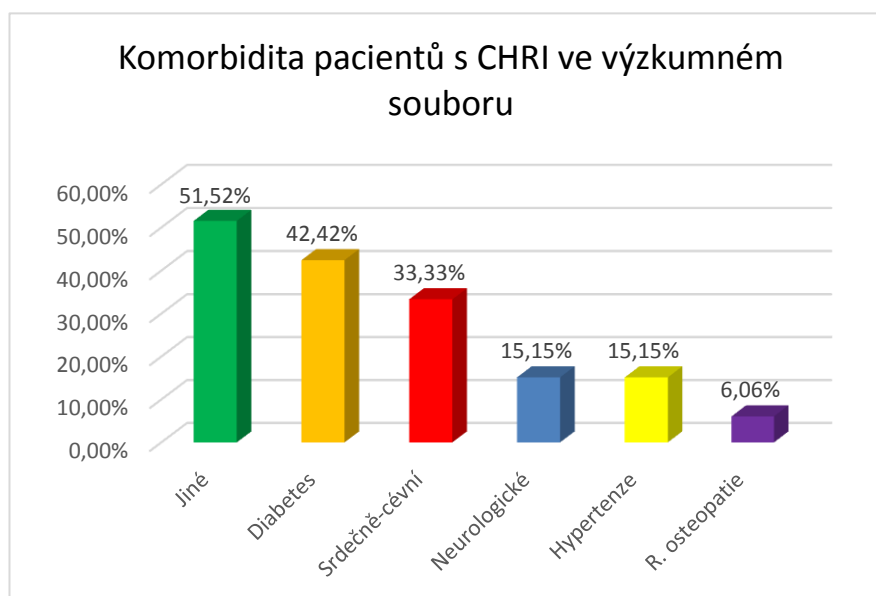
(6,06%) z dotazovaných mají renální osteopatii a dalších 34 (51,52%) uvádí jiné než uvedené zdravotní komplikace (např. dna, šedý zákal, artróza, dýchací, trávicí obtíže, záněty, karcinomy, amputace aj.)

**Tab. 14: Rozdělení souboru dle výskytu dalších onemocnění**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Má jiné onemocnění	46	69,70	69,70
Nemá jiné onemocnění	20	30,30	100,00
Celkem	66	100,00	

Názorný popis komorbidit respondentů nabízí následující graf:

**Graf 1: Komorbidita výzkumného souboru**



Výzkumný soubor se liší i dle denní doby, kdy pacienti docházejí do dialyzačního střediska na HD. Vzhledem k tomu, že byl výzkum realizován pouze v době ranní (7-11 hodin) a odpolední (13-17 hodin) směny, do výzkumu nejsou zahrnuti pacienti z noční směny, mezi kterými se vyskytují více pracující a mladší jedinci. V souboru se vyskytovalo 42,42% respondentů, kteří docházejí pouze na ranní směnu HD. 27,27% z dotazovaných dochází pouze na odpolední směny a 30,3% dochází v týdnu na HD střídavě, tzn. ráno, odpoledne nebo i večer. 9 respondentů (13,64%) dochází pouze 2x týdně, zbylých 57 (86,36%) dochází na HD 2x týdně.

**Tab. 15: Rozložení souboru dle denní doby docházení na HD**

	Frekvence	Procenta	Kumulativní procenta
Ranní směna	28	42,42	42,42
Odpolední směna	18	27,27	69,69
Střídavě	20	30,30	100,00
Celkem	66	100,00	

Žádný z pacientů zahrnutých do výzkumného souboru netrpěl psychiatrickým onemocněním. 3 respondenti ale uvedli, že navštěvují psychiatra kvůli depresivní náladě a 8 respondentů má předepsáno nějaký druh psychofarmak (nejčastěji na spaní, na uklidnění např. Hypnogen, Rivotril nebo Neurol).

## **5.6. Statistická analýza dat**

Pro statistické zpracování získaných dat byl použit statistický program SPSS, pomocí kterého byly zjišťovány statisticky významné rozdíly mezi vybranými proměnnými uvnitř souboru dle jeho specifického rozdělení. Rovněž byly analyzovány signifikantní korelační vztahy mezi jednotlivými proměnnými. Pro analýzu rozdílů byl z důvodu nízkého počtu respondentů (N=66) použit neparametrický Mann-Whitneyho U test. Pro zjištění korelačních vztahů mezi proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient. Na základě stanovených výzkumných hypotéz byly sledovány rozdíly v aktuálním emočním rozpoložení, pozitivním a negativním emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti, míře potlačení hněvu a alexithymii mezi muži a ženami, jedinci, kteří čekají a nečekají na TP, prodělali a neprodělali TP, mají a nemají diabetes, trpí nebo netrpí jiným onemocněním. Korelační vztahy byly zkoumány na základě stanovených hypotéz mezi pohlavím, věkem, počtem členů sdílejících domácnost, délkou trvání HD, čekáním na TP, proděláním TP, výskytem diabetu, výskytem jiného onemocnění a proměnnými aktuálního emočního rozpoložení, pozitivního a negativního emočního prožívání, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti, potlačením hněvu a mírou alexithymie. Použité neparametrické testy a korelační koeficient na rozdíl od parametrických testů nepředpokládají normalitu rozdělení, ale jejich nevýhodou je menší citlivost.



Nejprve bylo třeba zodpovědět první výzkumnou otázku, tj. jaké je emoční prožívání, míra deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie ve výzkumném souboru. Pro objasnění těchto údajů slouží následující deskriptivní statistika.

**Tab. 16: Deskriptivní statistika souboru dle proměnných emočního prožívání**

	N	MIN	MAX	Průměr	SD
Pozitivní emoce (DEP.PO)	66	35	90	50,79	11,62
Negativní emoce (DEP.NE)	66	17	57	59,64	10,11
Deprese (SDS)	66	25	59	41,03	7,81
Úzkost (STAI)	53	22	61	37,98	9,71
Hněvivost (ŠHaN)	66	15	42	22,05	5,48
Alexithymie (TAS)	66	30	74	51,52	10,53

Tabulka 16 popisuje deskriptivní statistiku souboru na základě stanovených výzkumných proměnných. Je zde zobrazen celkový počet respondentů (N), minimální (MIN) a maximální (MAX) hodnota dané proměnné, průměrná hodnota celého souboru u dané proměnné a nakonec směrodatná odchylka (SD). Výzkumný soubor vychází v emočním prožívání měřeným metodou DEP36 průměrně s vyšším skórem v dimenzi negativní emoce než v dimenzi pozitivní emoce. V nástroji SDS, který měří depresi, výzkumný soubor průměrně skóruje počtem bodů 41. Po převedení průměrného hrubého skóru SDS na hodnotu SDS indexu pro určení míry závažnosti deprese vychází hodnota 51, která je za hranici přítomnosti příznaků lehké deprese (SDS index 50-60). Při čemž 22 respondentů se nacházelo v pásmu lehké deprese s minimálními příznaky, 12 respondentů se nacházelo v pásmu středně silné deprese se zřetelnými příznaky a 3 respondenti se dle SDS indexu SDS nacházely za hranici těžké až extrémně těžké deprese. Zbýlých 29 respondentů na základě SDS nevykazují žádné příznaky deprese. Prevalence středně těžké až těžké deprese u pacientů výzkumného souboru je 22,7%, pacientů s mírnými, středně těžkými a těžkými příznaky deprese je nadpoloviční většina (56,1%). Další proměnná úzkost, byla měřena metodou STAI, ve které výzkumný soubor průměrně skóroval celkovou hodnotou 38, což je hodnota nižší než hranice pro stanovení klinicky významných příznaků úzkosti (40). 19 respondentů ale skóruje ve STAI výše než stanovená hranice 40, tedy vykazují klinicky významné příznaky úzkosti a 4 z nich dokonce překračují hranici 55 bodů. Celkově 35,8% dotazovaných ve STAI vykazuje klinicky významné příznaky úzkosti. Zbývajících 34 respondentů nevykazuje na základě STAI

klinicky významné příznaky úzkosti. U proměnné hněvivost měřené metodou ŠHaN výzkumný soubor průměrně skóroval hodnotou 22. Bohužel se k této metodě nepodařilo dohledat bodové hranice pro stanovení míry výskytu hněvivosti. Dle bodového rozpětí metody (15-60) lze považovat výsledný průměrný skóre respondentů za hodnotu nižší. V poslední proměnné alexithymie (TAS) soubor průměrně skóroval hodnotou 52 (po zaokrouhlení), což je hraniční hodnota pro stanovení možných příznaků alexithymie (52-60). Celkem 18 respondentů skóruje v TAS v pásmu 51-60 bodů, 14 respondentů dokonce skóruje nad 61 bodů, což je hranice stanovená pro stanovení výskytu alexithymie. Zbývajících 34 respondentů nevykazuje na základě TAS příznaky alexithymie. Pacientů, kteří skórovali v pásmu výskytu alexithymie, bylo ve výzkumném souboru celkem 21,2%.

**Tab. 17: Mann-Whitney U test dle pohlaví**

	<b>Ženy</b>		<b>Muži</b>		
	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>U</b>
<b>AKT.EM</b>	32	31,41	34	35,47	,382
<b>DEP.PO</b>	32	34,14	34	32,90	,792
<b>DEP.NE</b>	32	37,77	34	29,49	,080
<b>SDS</b>	32	36,22	34	30,94	,264
<b>STAI</b>	25	30,42	28	23,95	,127
<b>ŠHaN</b>	32	31,45	34	35,43	,399
<b>POTLAČ</b>	32	33,30	34	33,69	,932
<b>TAS</b>	32	33,88	34	33,15	,878
<b>TAS.F1</b>	32	36,94	34	30,26	,157
<b>TAS.F2</b>	32	34,48	34	32,57	,685
<b>TAS.F3</b>	32	30,55	34	36,28	,224

(AKT.EM = aktuální emoční prožívání; DEP.PO = pozitivní emoce; DEP.NE = negativní emoce; SDS = celková míra deprese; STAI = celková míra úzkosti; ŠHaN = celková míra hněvivosti; POTLAČ = potlačení hněvu; TAS = celková míra alexithymie; F1 = faktor obtížnosti identifikovat emoce; F2 = faktor obtížnosti popisovat emoce; F3 = faktor externě orientované myšlení; POTLAČ skóruje obráceně)

Tabulka 17 popisuje 11 proměnných, které byly zvoleny pro výzkum emočního prožívání pacientů s CHRS – aktuální emoční rozpoložení, pozitivní emoce, negativní emoce, míru deprese, úzkosti, hněvivosti, potlačení hněvu, míru alexithymie a její 3 subškály - faktor obtížnosti identifikovat emoce (F1), faktor obtížnosti popisovat emoce (F2) a faktor externě orientované myšlení (F3). Tabulka Mann-Whitneyho U testu poskytuje informace o celkovém počtu respondentů (N), jejich průměrném skóre dané položky (M) a nakonec samotný výsledek testu (U). Proměnné jsou zde porovnány na základě rozdělení souboru dle pohlaví.

Výsledná hodnota testu je porovnána se stanovenou hladinou významnosti 0,05. Když je hodnota U nižší než hladina významnosti, považujeme rozdíly v souboru za signifikantní. Mann-Whitneyho U test neprokázal statistiky významné rozdíly mezi muži a ženami u sledovaných proměnných. Přesto je ale možné sledovat jistou tendenci na základě středních hodnot těchto výběrů. Ženy mají větší tendenci inklinovat k negativním emocím, depresi a úzkosti a muži naopak skórují výše u hněvivosti. U alexithymie jsou střední hodnoty výběrů nejvyrovnanější.

**Tab. 18: Mann-Whitneyho U test dle sdílení domácnosti**

	Bydlí sám(a)		Bydlí s někým		U
	N	M	N	M	
<b>AKT.EM</b>	13	31,69	53	33,94	,700
<b>DEP.PO</b>	13	28,15	53	34,81	,262
<b>DEP.NE</b>	13	36,23	53	32,83	,567
<b>SDS</b>	13	38,69	53	32,23	,276
<b>STAI</b>	10	32,45	43	25,73	,215
<b>ŠHaN</b>	13	32,23	53	33,81	,790
<b>POTLAČ</b>	13	22,42	53	36,22	<b>,018</b>
<b>TAS</b>	13	34,96	53	33,14	,759
<b>TAS.F1</b>	13	33,31	53	33,55	,968
<b>TAS.F2</b>	13	35,31	53	33,06	,704
<b>TAS.F3</b>	13	31,54	53	33,98	,680

(AKT.EM = aktuální emoční prožívání; DEP.PO = pozitivní emoce; DEP.NE = negativní emoce; SDS = celková míra deprese; STAI = celková míra úzkosti; ŠHaN = celková míra hněvivosti; POTLAČ = potlačení hněvu; TAS = celková míra alexithymie; F1 = faktor obtížnosti identifikovat emoce; F2 = faktor obtížnosti popisovat emoce; F3 = faktor externě orientované myšlení; POTLAČ skóruje obráceně)

Mann-Whitneyho U test byl také použit pro zjištění statisticky významných rozdílů u sledovaných proměnných na základě rozdělení souborů mezi jedince, kteří bydlí sami a kteří svoji domácnost sdílejí alespoň s jedním členem. Signifikantní rozdíly na 5% hladině významnosti se ukázaly u potlačení hněvu, kde nízké skórování znamená vyšší míru potlačení a naopak. Jedinci, kteří bydlí sami, signifikantně více potlačují hněv oproti jedincům, kteří sdílejí svoji domácnost alespoň s jedním členem.

**Tab. 19: Mann-Whitheyho U test dle čekání na transplantaci ledviny**

	Čeká na TP		Nečeká na TP		
	N	M	N	M	U
<b>AKT.EM</b>	15	41,00	51	31,29	,080
<b>DEP.PO</b>	15	38,50	51	32,03	,251
<b>DEP.NE</b>	15	30,27	51	34,45	,458
<b>SDS</b>	15	24,33	51	36,00	<b>,035</b>
<b>STAI</b>	11	26,18	42	27,21	,843
<b>ŠHaN</b>	15	37,07	51	32,45	,412
<b>POTLAČ</b>	15	39,83	51	31,64	,138
<b>TAS</b>	15	34,37	51	33,25	,842
<b>TAS.F1</b>	15	37,50	51	32,32	,357
<b>TAS.F2</b>	15	31,90	51	33,97	,712
<b>TAS.F3</b>	15	31,20	51	31,20	,596

(AKT.EM = aktuální emoční prožívání; DEP.PO = pozitivní emoce; DEP.NE = negativní emoce; SDS = celková míra deprese; STAI = celková míra úzkosti; ŠHaN = celková míra hněvivosti; POTLAČ = potlačení hněvu; TAS = celková míra alexithymie; F1 = faktor obtížnosti identifikovat emoce; F2 = faktor obtížnosti popisovat emoce; F3 = faktor externě orientované myšlení; POTLAČ skóruje obráceně)

Další tabulka (tab. 19) znázorňuje rovněž výsledky Mann-Whitheyho U testu u sledovaných proměnných tentokrát na základě rozdělení souboru na jedince, kteří čekají na transplantaci ledviny a kteří na ni nečekají. Signifikantní rozdíl na 5% hladině významnosti se projevil pouze u jedné z proměnných u míry deprese, u ostatních se žádné statisticky významné rozdíly na základě tohoto rozdělení souboru neprokázaly. Jedinci, kteří čekají na transplantaci, jsou statisticky významně méně depresivní, než ti, kteří na transplantaci již nečekají. Další proměnná, která se statistické významnosti aspoň blíží, je aktuální emoční rozpoložení, kde jedinci čekající na TP skórují o poznání výše (pozitivněji) než jedinci nečekající na TP (negativnější emoční rozpoložení).

**Tab. 20: Mann-Whitneyho U test dle prodělání transplantace ledviny**

	Prodělal/a TP		Neprodělal/a TP		
	N	M	N	M	U
<b>AKT.EM</b>	13	24,92	53	35,60	,068
<b>DEP.PO</b>	13	39,54	53	32,02	,205
<b>DEP.NE</b>	13	37,15	53	32,60	,443
<b>SDS</b>	13	35,27	53	33,07	,710
<b>STAI</b>	8	30,62	45	26,36	,486
<b>ŠHaN</b>	13	34,54	53	33,25	,827
<b>POTLAČ</b>	13	27,35	53	35,01	,188
<b>TAS</b>	13	35,92	53	32,91	,611
<b>TAS.F1</b>	13	36,04	53	32,88	,594
<b>TAS.F2</b>	13	34,54	53	33,25	,827
<b>TAS.F3</b>	13	36,65	53	32,73	,507

(AKT.EM = aktuální emoční prožívání; DEP.PO = pozitivní emoce; DEP.NE = negativní emoce; SDS = celková míra deprese; STAI = celková míra úzkosti; ŠHaN = celková míra hněvivosti; POTLAČ = potlačení hněvu; TAS = celková míra alexithymie; F1 = faktor obtížnosti identifikovat emoce; F2 = faktor obtížnosti popisovat emoce; F3 = faktor externě orientované myšlení; POTLAČ skóruje obráceně)

Další Mann-Whitneyho U test ověřoval signifikantní rozdíly u vybraných proměnných na základě rozdělení souboru podle prodělání TP ledviny. Na základě tohoto rozdělení souboru nebyly u žádné sledované proměnné zjištěny statisticky významné rozdíly. Hladině významnosti 0,05 se nejvíce blížila proměnná aktuálního emočního rozpoložení, kde jedinci, kteří prodělali TP, hodnotili své aktuální emoční rozpoložení negativněji než jedinci, kteří TP neprodělali. Obecně transplantovaní průměrně výše skórovali u negativního emočního prožívání, deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie, ale i u pozitivních emocí, statisticky jsou však tyto rozdíly nevýznamné.

**Tab. 21 Mann-Whitneyho U test dle diabetu:**

	Má diabetes		Nemá diabetes		
	N	M	N	M	U
<b>AKT.EM</b>	28	30,41	38	35,78	,254
<b>DEP.PO</b>	28	29,96	38	36,11	,199
<b>DEP.NE</b>	28	36,30	38	31,43	,308
<b>SDS</b>	28	35,23	38	32,22	,529
<b>STAI</b>	28	29,82	33	25,29	,299
<b>ŠHaN</b>	28	37,11	38	30,84	,189
<b>POTLAČ</b>	28	37,16	38	30,80	,175
<b>TAS</b>	28	33,82	38	33,26	,907
<b>TAS.F1</b>	28	35,16	38	32,28	,545
<b>TAS.F2</b>	28	34,12	38	33,04	,820
<b>TAS.F3</b>	28	30,32	38	35,84	,247

(AKT.EM = aktuální emoční prožívání; DEP.PO = pozitivní emoce; DEP.NE = negativní emoce; SDS = celková míra deprese; STAI = celková míra úzkosti; ŠHaN = celková míra hněvivosti; POTLAČ = potlačení hněvu; TAS = celková míra alexithymie; F1 = faktor obtížnosti identifikovat emoce; F2 = faktor obtížnosti popisovat emoce; F3 = faktor externě orientované myšlení; POTLAČ skóruje obráceně)

Další statistická analýza rozdílů v souboru na základě jeho rozdělení podle jedinců, kteří mají diabetes a kteří diabetes nemají (tab. 21), neprokázaly u zkoumaných proměnných žádné signifikantní rozdíly. Přesto střední hodnoty jedinců s diabetem průměrně ukazovaly vyšší skóre u proměnných negativní emoční prožívání, deprese, úzkost a hněvivost, naopak v pozitivním emočním prožívání skórovali jedinci trpící diabetem níže než jedinci bez diabetu. U alexithymie byly sledované střední hodnoty nejvíce vyrovnané.

**Tab. 22: Mann-Whitneyho U test dle výskytu jiného onemocnění**

	Jiné onemocnění		Žádné jiné onemocnění		
	N	M	N	M	U
<b>AKT.EM</b>	46	30,26	20	40,95	<b>,035</b>
<b>DEP.PO</b>	46	33,30	20	33,95	,900
<b>DEP.NE</b>	46	36,30	20	31,43	,230
<b>SDS</b>	46	37,32	20	24,72	<b>,014</b>
<b>STAI</b>	35	28,60	18	23,89	,292
<b>ŠHaN</b>	46	31,97	20	37,10	,314
<b>POTLAČ</b>	46	31,97	20	37,02	,315
<b>TAS</b>	46	33,60	20	33,28	,950
<b>TAS.F1</b>	46	34,32	20	31,62	,600
<b>TAS.F2</b>	46	32,30	20	36,25	,441
<b>TAS.F3</b>	46	33,98	20	32,40	,785

(AKT.EM = aktuální emoční prožívání; DEP.PO = pozitivní emoce; DEP.NE = negativní emoce; SDS = celková míra deprese; STAI = celková míra úzkosti; ŠHaN = celková míra hněvivosti; POTLAČ = potlačení hněvu; TAS = celková míra alexithymie; F1 = faktor obtížnosti identifikovat emoce; F2 = faktor obtížnosti popisovat emoce; F3 = faktor externě orientované myšlení; POTLAČ skóruje obráceně)

Statisticky významné rozdíly středních hodnot byly také sledovány u jedinců, kteří kromě CHRS a diabetu trpí ještě jiným onemocněním a těmi, kteří žádnými jinými zdravotními obtížemi netrpí. Signifikantní rozdíly na 5% hladině významnosti byly prokázány u dvou proměnných, u aktuálního emočního prožívání a u deprese. Jedinci, kteří uvádějí, že netrpí žádným jiným onemocněním, hodnotí signifikantně více pozitivně své aktuální emoční rozpoložení, než ti, kteří jiným onemocněním trpí. Naopak jedinci, kteří uvádějí, že trpí jiným onemocněním, významně výše skórují v depresi oproti těm, kteří jiným onemocněním netrpí.

Následující statistická analýza zjišťovala vztahy mezi vybranými proměnnými prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu. Tabulka 23 znázorňuje vztahy mezi vybranými proměnnými emočního prožívání a věkem respondentů. Proměnná **věk** koreluje pozitivně s depresí (SDS) na 1% hladině významnosti. Proměnná **aktuálního emočního rozpoložení** (AKT.EM) koreluje na 1% hladině významnosti s následujícími proměnnými: pozitivně s pozitivním emočním prožíváním (DEP.PO), záporně s negativním emočním prožíváním (DEP.NE), s depresí (SDS), úzkostí (STAI), alexithymií (TAS) a faktory alexithymie obtížnost identifikovat emoce (F1) a obtížnost popisovat emoce (F2).

**Tab. 23 korelace proměnných emočního prožívání a věku:**

		VĚK	AKT.EM	DEP.PO	DEP.NE	SDS	STAI	ŠHaN	POTLAČ	TAS	TAS.F1	TAS.F2	TAS.F3
VĚK	Cor.	1,000	,010	,059	,144	<b>,320**</b>	,132	-,114	-,032	,072	,052	-,080	,200
	Sig.	.	,934	,636	,249	,009	,348	,363	,797	,566	,679	,523	,107
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
AKT. EM	Cor.	,010	1,000	<b>,416**</b>	<b>-,416**</b>	<b>-,576**</b>	<b>-,454**</b>	-,094	-,002	<b>-,335**</b>	<b>-,329**</b>	<b>-,340**</b>	-,071
	Sig.	,934	.	,001	,001	,000	,001	,452	,990	,006	,007	,005	,569
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
DEP .PO	Cor.	,059	<b>,416**</b>	1,000	<b>-,490**</b>	<b>-,593**</b>	<b>-,570**</b>	-,179	-,142	<b>-,419**</b>	<b>-,302*</b>	<b>-,513**</b>	-,114
	Sig.	,636	,001	.	,000	,000	,000	,149	,255	,000	,014	,000	,363
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
DEP .NE	Cor.	,144	<b>-,416**</b>	<b>-,490**</b>	1,000	<b>,674**</b>	<b>,787**</b>	<b>,361**</b>	,233	<b>,473**</b>	<b>,520**</b>	<b>,506**</b>	-,005
	Sig.	,249	,001	,000	.	,000	,000	,003	,060	,000	,000	,000	,969
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
SDS	Cor.	<b>,320**</b>	<b>-,576**</b>	<b>-,593**</b>	<b>,674**</b>	1,000	<b>,756**</b>	,195	,148	<b>,601**</b>	<b>,558**</b>	<b>,553**</b>	,215
	Sig.	,009	,000	,000	,000	.	,000	,116	,234	,000	,000	,000	,083
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
STA I	Cor.	,132	<b>-,454**</b>	<b>-,570**</b>	<b>,787**</b>	<b>,756**</b>	1,000	,191	,223	<b>,509**</b>	<b>,582**</b>	<b>,529**</b>	-,039
	Sig.	,348	,001	,000	,000	,000	.	,170	,109	,000	,000	,000	,781
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
ŠHa N	Cor.	-,114	-,094	-,179	<b>,361**</b>	,195	,191	1,000	<b>,382**</b>	,210	<b>,251*</b>	,233	-,085
	Sig.	,363	,452	,149	,003	,116	,170	.	,002	,090	,042	,060	,500
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
POT LAČ	Cor.	-,032	-,002	-,142	,233	,148	,223	<b>,382**</b>	1,000	<b>,262*</b>	<b>,346**</b>	<b>,285*</b>	-,040
	Sig.	,797	,990	,255	,060	,234	,109	,002	.	,033	,004	,020	,753
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
TAS	Cor.	,072	<b>-,335**</b>	<b>-,419**</b>	<b>,473**</b>	<b>,601**</b>	<b>,509**</b>	,210	<b>,262*</b>	1,000	<b>,831**</b>	<b>,785**</b>	<b>,538**</b>
	Sig.	,566	,006	,000	,000	,000	,000	,090	,033	.	,000	,000	,000
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
TAS .F1	Cor.	,052	<b>-,329**</b>	<b>-,302*</b>	<b>,520**</b>	<b>,558**</b>	<b>,582**</b>	<b>,251*</b>	<b>,346**</b>	<b>,831**</b>	1,000	<b>,614**</b>	,146
	Sig.	,679	,007	,014	,000	,000	,000	,042	,004	,000	.	,000	,243
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
TAS .F2	Cor.	-,080	<b>-,340**</b>	<b>-,513**</b>	<b>,506**</b>	<b>,553**</b>	<b>,529**</b>	,233	<b>,285*</b>	<b>,785**</b>	<b>,614**</b>	1,000	,135
	Sig.	,523	,005	,000	,000	,000	,000	,060	,020	,000	,000	.	,279
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66
TAS .F3	Cor.	,200	-,071	-,114	-,005	,215	-,039	-,085	-,040	<b>,538**</b>	,146	,135	1,000
	Sig.	,107	,569	,363	,969	,083	,781	,500	,753	,000	,243	,279	.
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66

\*signifikance 0,05; \*\*signifikance 0,01

Proměnná **pozitivní emoční prožívání** (DEP.PO) koreluje na 1% hladině významnosti podobně: pozitivně s aktuálním emočním rozpořením a záporně s negativním emočním



prožíváním (DEP.NE), s depresí (SDS), úzkostí (STAI), alexithymií (TAS) a faktory alexithymie obtížnost identifikovat emoce (F1) a obtížnost popisovat emoce. Proměnná **negativní emoční prožívání** (DEP.NE) koreluje na 1% hladině významnosti negativně s aktuální emočním rozpoložením a pozitivním emočním prožíváním (DEP.PO) a pozitivní korelační vztah se ukázal s depresí (DEP), úzkostí (STAI), hněvivostí (ŠHaN), alexithymií (TAS) a faktory alexithymie obtížnost identifikovat emoce (F1) a obtížnost popisovat emoce (F2). **Deprese** koreluje na 1% hladině významnosti pozitivně s věkem, s negativním emočním prožíváním (DEP.NE), s úzkostí (STAI), alexithymií (TAS) a faktory alexithymie obtížnost identifikovat emoce (F1) a obtížnost popisovat emoce (F2), záporně deprese koreluje pouze s aktuálním emočním rozpoložením a pozitivním emočním prožíváním (DEP.PO). **Úzkost** (STAI) podobně jako předchozí pozitivně koreluje na 1% hladině významnosti s negativním emočním prožíváním (DEP.NE), depresí (SDS), alexithymií (TAS) a faktory alexithymie obtížnost identifikovat emoce (F1) a obtížnost popisovat emoce (F2), záporně koreluje s aktuálním emočním rozpoložením a s pozitivním emočním prožíváním (DEP.PO). **Hněvivost** (ŠHaN) koreluje pouze pozitivně s proměnnými negativní emoční prožívání (DEP.NE) a potlačení hněvu (POTLAČ) na 1% hladině významnosti a na 5% hladině významnosti s faktorem TAS obtížnost identifikovat emoce (F1).

Proměnná **potlačení hněvu** (POTLAČ) koreluje na 1% hladině významnosti pozitivně s hněvivostí (ŠHaN) a dimenzí alexithymie obtížnost identifikovat emoce (F1), na 5% hladině významnosti pozitivně koreluje s alexithymií (TAS) a dimenzí alexithymie obtížnost popisovat emoce (F2). Proměnná **alexithymie** (TAS) koreluje na 1% hladině významnosti pozitivně s negativním emočním prožíváním (DEP.NE), depresí (SDS), úzkostí (STAI), a se všemi svými dimenzemi (F1,F2,F3), na 5% hladině významnosti koreluje pozitivně s proměnnou potlačení. Záporně alexithymie koreluje na 1% hladině významnosti s aktuálním emočním rozpoložením a pozitivním emočním rozpoložením (DEP.PO). Faktor TAS **obtížnost identifikovat emoce** (F1) koreluje pozitivně na 1% hladině významnosti s negativním emočním prožíváním (DEP.NE) depresí (SDS), úzkostí (STAI), potlačením hněvu (POTLAČ), alexithymií (TAS), a obtížností popisovat emoce (F2), na 5% hladině významnosti pozitivně koreluje s hněvem (ŠHaN), negativně tato proměnná koreluje na 10% hladině významnosti s aktuálním emočním rozpoložením a na 5% hladině významnosti pozitivním emočním prožíváním (DEP.PO). Faktor TAS **obtížnost popisovat emoce** (F2) koreluje pozitivně na 1% hladině významnosti s negativním emočním prožíváním (DEP.NE), depresí (SDS), úzkostí (STAI), alexithymií (TAS), obtížností identifikovat emoce (F1), na 5%

hladině významnosti pozitivně koreluje s proměnnou potlačením hněvu (POTLAČ). Negativně F2 koreluje s aktuálním emočním rozpořádáním a s pozitivním emočním prožíváním (DEP.PO) na 1% hladině významnosti. Poslední faktoralexithymie **externě orientované myšlení** (F3) koreluje pozitivně pouze s alexithymii (TAS) na 1% hladině významnosti. Je zajímavé, že s ostatními faktory TAS (F1 a F2) tato proměnná u výzkumného souboru nekoreluje.

**Tab. 24 korelace mezi proměnnými emočního prožívání a počtem členů sdílejících domácnost (ČL.DOM):**

		ČL.DOM	AKT.EM	DEP.PO	DEP.NE	SDS	STAI	ŠHaN	POTLAČ	TAS	TAS.F1	TAS.F2	TAS.F3
ČL.D OM	Cor.	1,000	-,055	,156	-,124	-,110	-,243	-,082	,075	-,043	-,052	-,029	,002
	Sig.	.	,660	,210	,322	,379	,080	,514	,552	,730	,677	,815	,984
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66

\*signifikance 0,05; \*\*signifikance 0,01

Spearmanův korelační koeficient neprokázal signifikantní vztahy ve výzkumném souboru mezi proměnnými emočního prožívání a proměnnou počet členů sdílejících domácnost. Nejbližší se 5% hladině významnosti blížila proměnná úzkosti (STAI), která s počtem členů sdílejících domácnost koreluje záporně. (Pro porovnání parametrický Pearsonův korelační koeficient již vykazuje záporný signifikantní vztah úzkosti a počtu členů sdílejících domácnost). Výzkumný soubor má tedy tendenci k úzkosti s nižším nebo žádným počtem členů sdílejících domácnost.

**Tab. 25: korelace mezi proměnnými emočního prožívání a dobou trvání HD (DOB.HD):**

		DOB.HD	AKL.EM	DEP.PO	DEP.NE	SDS	STAI	ŠHaN	POTLAČ	TAS	TAS.F1	TAS.F2	TAS.F3
DOB.H D	Cor.	1,000	,068	-,092	,110	,014	,005	-,086	,066	,100	,107	,070	,100
	Sig.	.	,587	,464	,379	,911	,969	,493	,596	,425	,393	,574	,423
	N	66	66	66	66	66	53	66	66	66	66	66	66

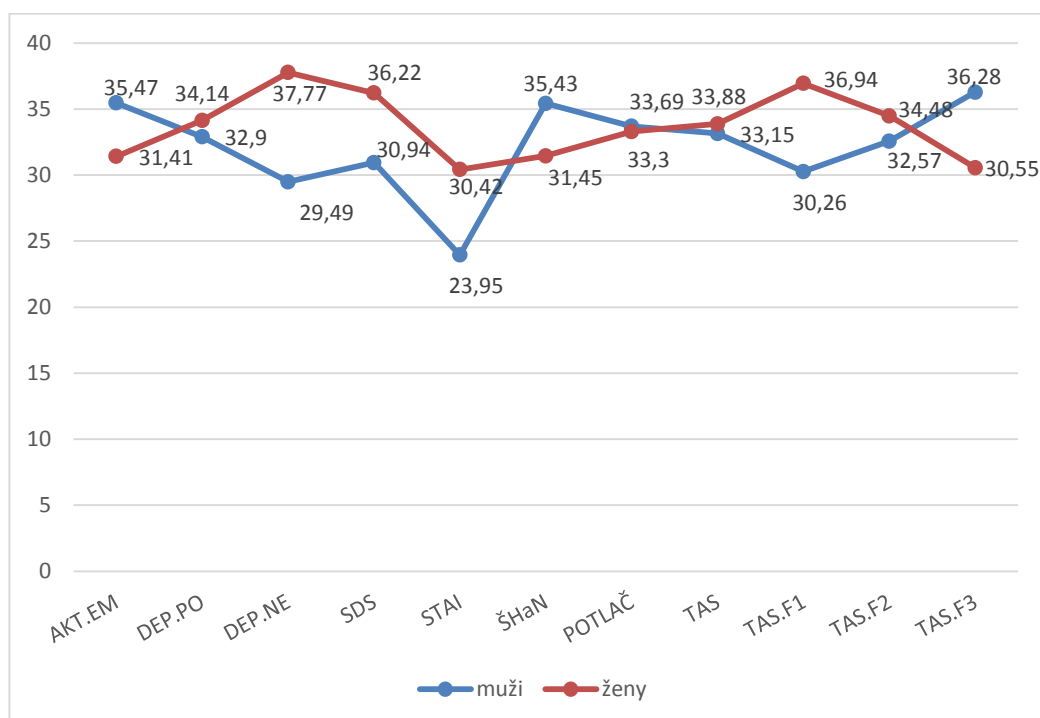
\*signifikance 0,05; \*\*signifikance 0,01

Tabulka 26 zobrazuje korelační vztahy mezi dobou trvání léčby HD a proměnnými emočního prožívání. Spearmanův korelační koeficient neprokázal signifikantní vztah mezi žádnou ze zkoumaných proměnných a žádná se hladině významnosti ani nepřibližuje.

## 5.7. Interpretace výsledků

Na základě výše předložených statistických analýz se ukázalo, že mezi muži a ženami výzkumného souboru nejsou signifikantní rozdíly. Přesto se ale projevil určitý trend. Ženy skórují průměrně výše v negativním emočním prožívání, v depresi, úzkosti a faktoru TAS obtížnost identifikovat emoce, v pozitivním emočním prožívání skórují ženy také průměrně výše. Muži naopak skórují výše (pozitivněji) v aktuálním emočním rozpoložení, hněvivosti a ve faktoru TAS externě orientované myšlení. U potlačení hněvu, alexithymie a dimenze TAS obtíže s popisováním emocí jsou střední hodnoty mužů i žen poměrně vyrovnané. Hypotéza H1(A): *„Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii mezi muži a ženami daného výzkumného souboru.“* se na základě statistické analýzy dat nepotvrdila, přijímám H1(0). Trend žen výzkumného souboru skórovat výše v negativním emočním prožívání, depresi a úzkosti odpovídá zvýšené prevalenci deprese (až 2x více než muži) a úzkosti (poměr mužů a žen 1:1,7) v běžné populaci (McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011). Hněvivost bývá zase více spojována s maskulinními vlastnostmi. Vyšší skór mužů výzkumného souboru v ŠHaN tento předpoklad potvrzuje byť ne na statisticky významné úrovni. Nakonec alexithymie, která má mít v běžné populaci o něco vyšší prevalenci u mužů než u žen (Levant, Hall, Williams & Husan, 2009), byla v tomto výzkumném souboru na základě průměrného skóru v TAS u obou pohlaví velmi vyrovnaná, ženy dokonce skórovaly nepatrně výše. U faktoru obtížnost identifikovat emoce ženy dokonce skórovaly znatelně výše, ne však na statisticky významné hladině. Porovnání středních hodnot emočního prožívání mužů a žen výběrového souboru nabízí následující graf.

**Graf 2: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání u mužů a žen**

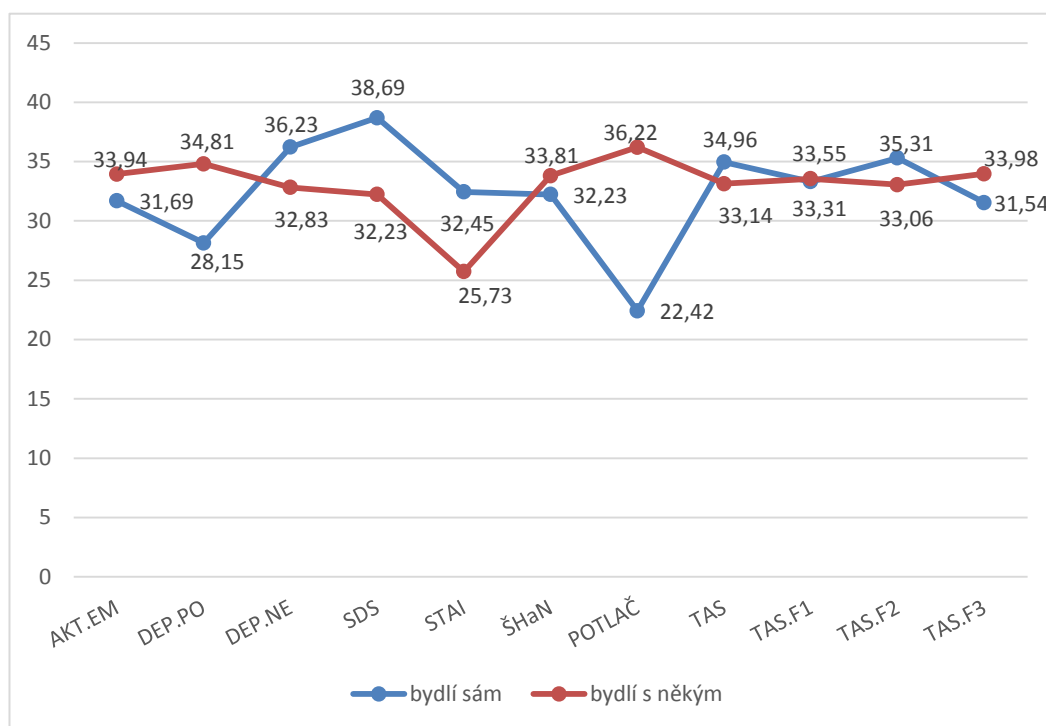


(proměnná POTLAČ skóruje obráceně)

Další sledovaná proměnná byl počet členů sdílejících domácnost s pacienty výzkumného souboru. Byly porovnávány rozdíly mezi jedinci, kteří bydlí sami (N=13) a mezi těmi, kteří sdílejí svoji domácnost alespoň s jedním členem (N=53). Ukázaly se signifikantní rozdíly u proměnné **potlačení hněvu**, kde jedinci, kteří bydlí sami, mají větší tendenci potlačovat hněv než ti, kteří sami nebydlí (viz graf 3). Je možné, že tento jev plyne z toho, že lidé, kteří nemají tak častý sociální kontakt, jako lidé, kteří svoji domácnost s někým sdílejí, což je u jedinců žijících samotných pravděpodobné, nemají takovou možnost hněv ventilovat a projevovat, tím pádem ho i více potlačují. Protože je hněv společensky vnímán spíše jako nežádoucí emoční reakce, potlačení hněvu může být ovlivněno i snahou působit dobře na okolí (sociální desiderabilita), nebo může plnit i funkci obranného mechanismu. Pacienti, kteří bydlí sami, mají oproti těm, kteří sami nebydlí větší tendenci k negativnímu emočnímu prožívání, vyšší depresi, úzkosti, tyto rozdíly ale nejsou v tomto výzkumu signifikantní. U alexithymie a faktorů TAS skórovali jedinci žijící sami průměrně velmi podobně jako jedinci sdílející domácnost alespoň s jedním členem. Vzhledem k hypotéze H2: „Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii mezi

*pacienty, kteří bydlí sami a kteří sdílejí svoji domácnost alespoň s jedním členem.* “ zamítám  $H_2(0)$ .

**Graf 3: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci, kteří bydlí sami a kteří sdílejí domácnost alespoň s jedním členem**

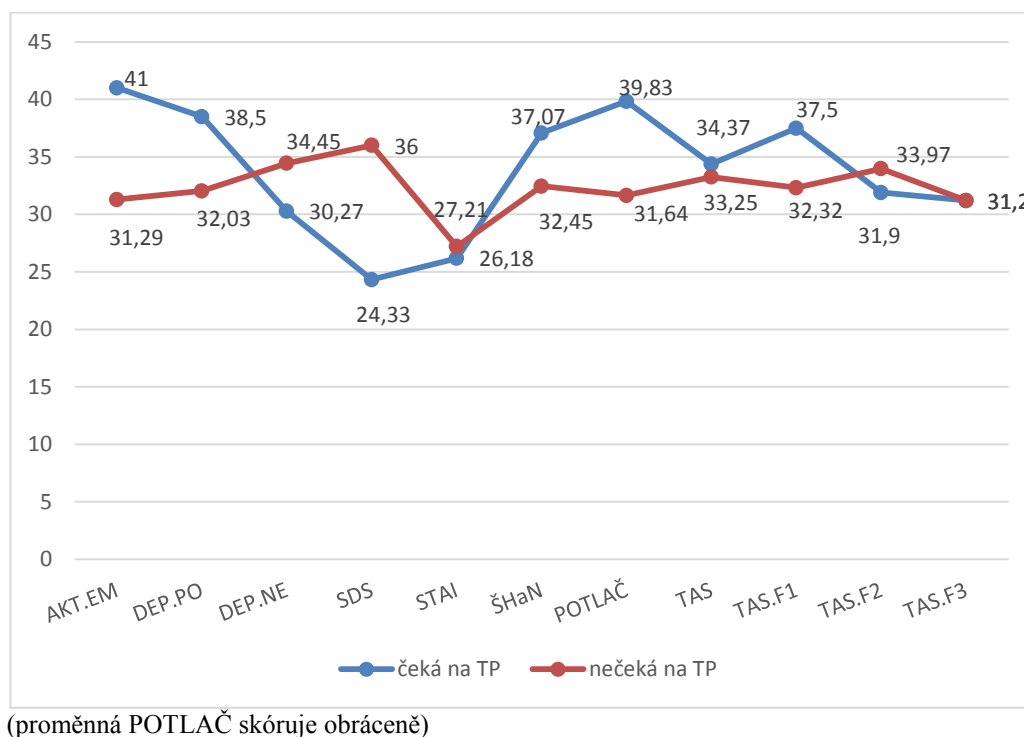


(proměnná POTLAČ skóruje obráceně)

U další předem stanovené hypotézy  $H_3$ : „Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů, kteří čekají na transplantaci ledviny a kteří na ni nečekají.“ se prokázaly signifikantní rozdíly u proměnné deprese. Proto mohu zamítnout  $H_3(0)$ . Pacienti čekající na transplantaci ledviny ( $N=15$ ) byli významně méně depresivní než pacienti, kteří na transplantaci nečekají ( $N=51$ ). Tento výsledek považuji za pochopitelný vzhledem k tomu, že o transplantaci mají často zájem i pacienti, jejichž zdravotní stav je k ní kontraindikuje. Tito jedinci pak mohou zažívat pocity podobné depresi, jako je pocit zklamání, smutku, ztráty naděje pro zlepšení jejich života. Kvalita života bývá totiž u pacientů s transplantovanou ledvinou lepší než u pacientů na dialýze (viz Waiser, Budde & Schreiber, 1998). Na druhou stranu není vyloučeno, že pacienti, kteří jsou delší dobu zařazení do transplantačního programu, postupně ztrácejí víru, že dostanou novou ledvinu, a proto mohou k depresivním symptomům také inklinovat. Na tento výsledek mohl mít vliv i fakt, že pacienti zařazení do transplantačního programu bývají mladší než ti, kteří na

transplantaci nečekají, a protože deprese s věkem nepatrně narůstá (viz korelace deprese s věkem v tabulce 23), je možné, že tento výsledek byl ovlivněn právě tímto jevem. Pacienti čekající na TP ledviny ve výzkumném souboru hodnotí pozitivněji své aktuální emoční rozpoložení, skórují výše v pozitivním emočním prožívání, ale také v hněvivosti a méně potlačují svůj hněv (rozdíly ale nebyly signifikantní). V míře úzkosti a alexithymii i faktorech TAS byly střední hodnoty obou porovnávaných skupin poměrně shodné.

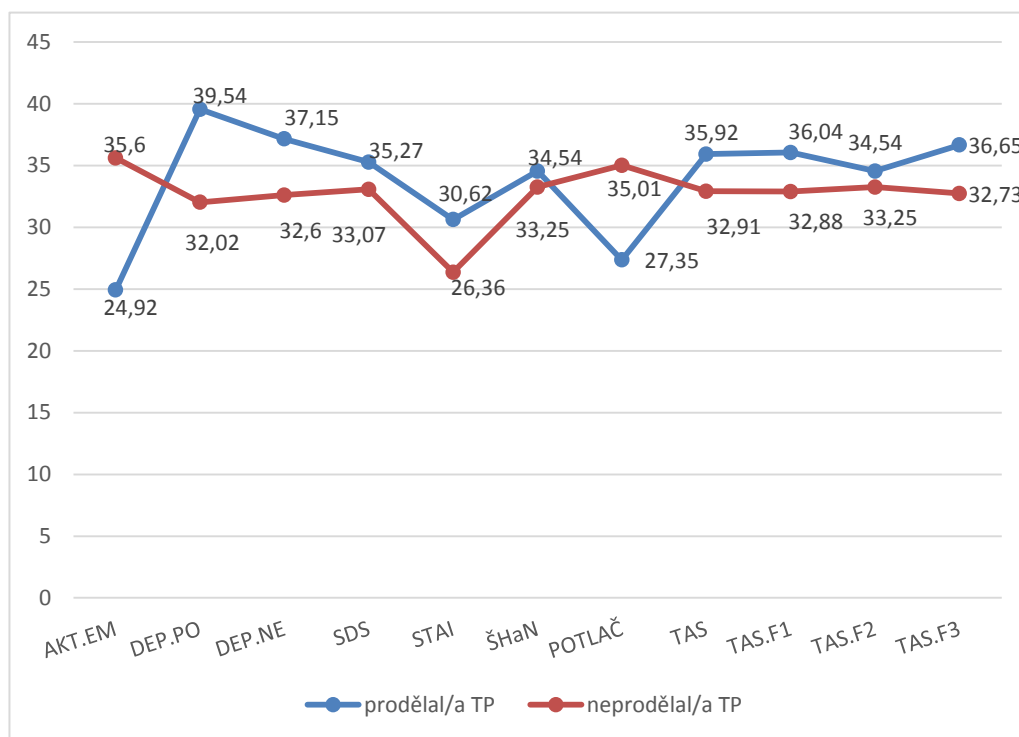
**Graf 4: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci čekající na TP ledviny a kteří na TP ledviny nečekají**



Při dalším statistickém porovnání souboru na pacienty, kteří prodělali transplantaci ledviny (N=13) a kteří ji neprodělali (N=53), se žádné statisticky významné rozdíly neobjevily. Přesto je ale zajímavé sledovat, že pacienti, kteří prodělali transplantaci, mají tendenci výše skórovat u proměnných negativního emočního prožívání, u deprese, úzkosti, nepatrně u hněvivosti, více potlačují hněv a skórují výše u alexithymie i jejích faktorů, vyšší skórování mají i u pozitivního emočního prožívání. U aktuálního emočního rozpoložení se průměrné střední hodnoty této skupiny pohybují výrazně avšak nevýznamně níže oproti těm, kteří TP ledviny neprodělali. Tento trend je z mého hlediska odpovídající realitě TP pacientů, kteří se opět ocitnou po selhání transplantované ledviny na HD. Taková situace může přirozeně u nemocného vyvolávat pocity ztráty, smutku, úzkosti, beznaděje možná i vlastního selhání, a

proto je i pochopitelné, že pacienti mého výzkumného souboru skórují výše v negativním emočním prožívání, depresi i úzkosti a potlačují více svůj hněv, který mohou cítit jak vůči druhým (zdravotníkům, rodině) tak i vůči sobě. Hypotézu H4(A): „Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů, kteří prodělali transplantaci ledviny a kteří ji neprodělali.“ na základě statistické analýzy zamítám a přijímám H4(0), signifikantní rozdíly se zde neprokázaly.

**Graf 5: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci, kteří prodělali TP ledviny a kteří ji neprodělali**

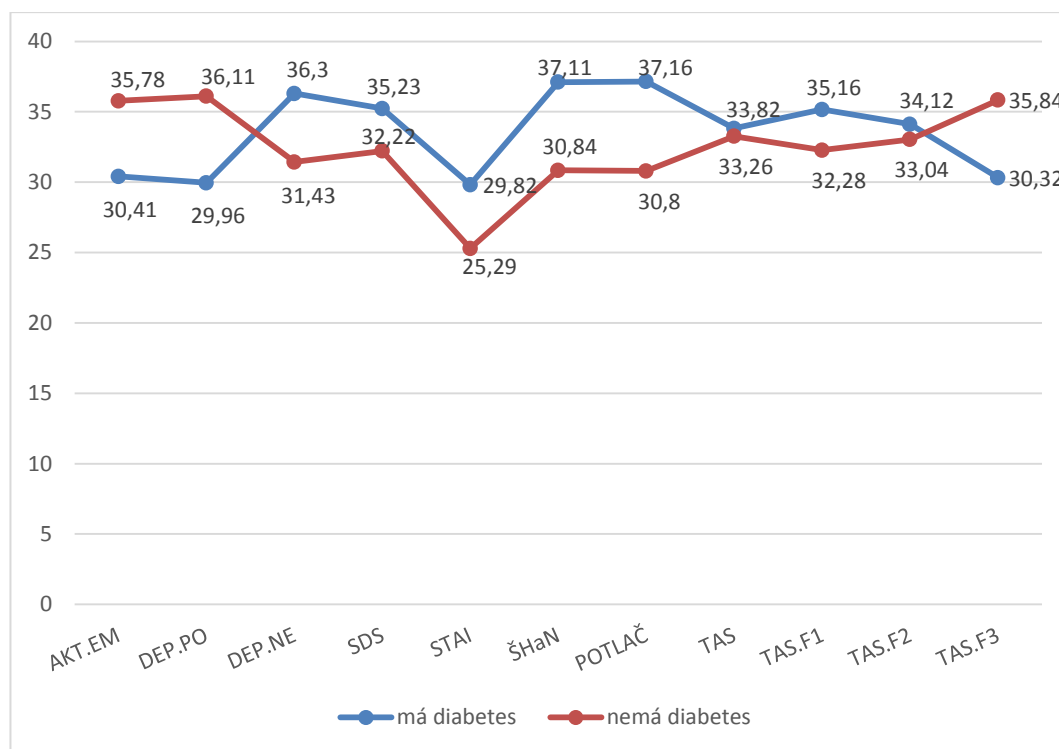


(proměnná POTLAČ skóruje obráceně)

Další sledovaná hypotéza H5(A): „Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů s diabetem a bez diabetu.“ se rovněž neprokázala a byla přijata H5(0). Ve výzkumném souboru se totiž neobjevily signifikantní rozdíly u pacientů s diabetem a bez diabetu. I přesto se projevil předpokládaný trend pacientů s diabetem, kteří u proměnných negativního emočního prožívání, deprese, úzkosti i hněvivosti skórují průměrně výše než pacienti bez tohoto onemocnění. Diabetes je častou komorbiditou nebo příčinou i CHRS a přináší s sebou řadu jiných zdravotních komplikací (viz 1. kapitola). Jakékoliv další přidružené nemoci působící komplikace pacienta na HD pochopitelně mohou způsobovat negativnější emoční prožívání, příznaky deprese, úzkosti a mohou podporovat i

nárůst hněvivosti, kterou pacienti s diabetem v tomto výzkumném souboru více potlačují oproti pacientům bez diabetu. V alexithymii skórovaly obě skupiny pacientů velmi podobně. Pacienti s diabetem skórovali výše u faktoru TAS obtíže identifikovat emoce a níže u faktoru externě orientované myšlení oproti pacientům bez diabetu.

**Graf 6: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci s diabetem a bez diabetu**



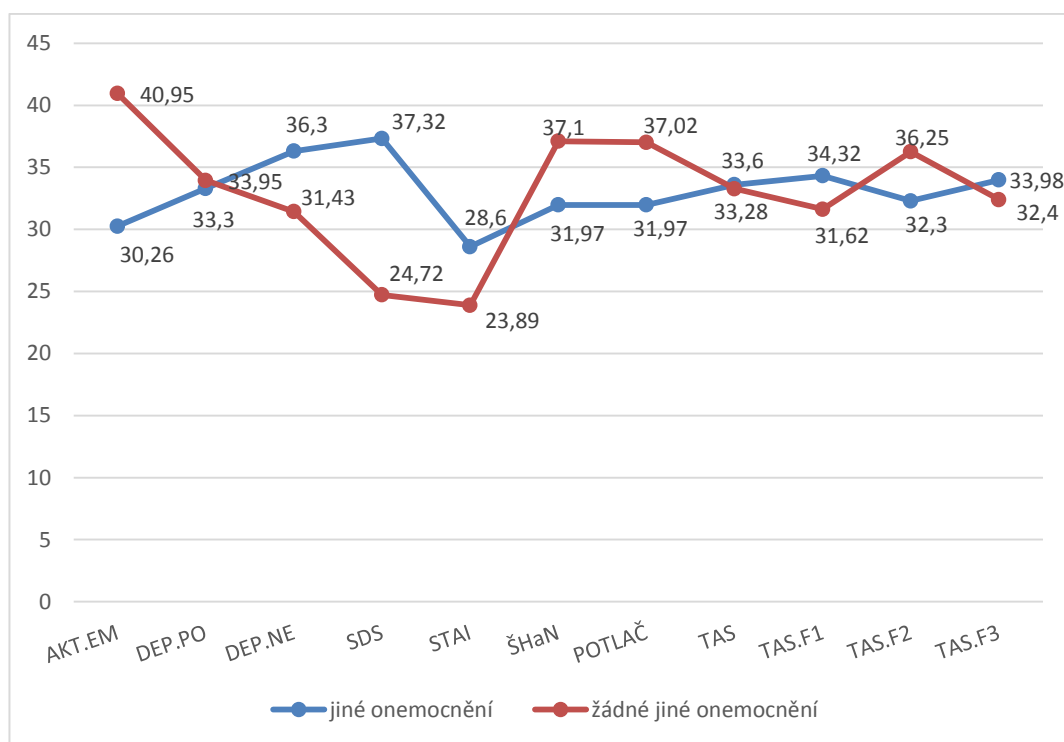
(proměnná POTLAČ skóruje obráceně)

Nakonec statistické porovnání respondentů u těch, kteří trpí ještě jiným onemocněním (kromě CHRS a diabetu) a na ty, kteří žádné jiné zdravotní onemocnění nepřiznávají, prokázalo zajímavé výsledky. Statisticky významné rozdíly se zde ukázaly hned u dvou proměnných, u **aktuálního emočního prožívání** a u **deprese**. Pacienti trpící ještě jiným onemocněním než je CHRS a diabetes vykazují signifikantně negativnější hodnocení aktuálního emočního rozpoložení a neskórují signifikantně výše u proměnné deprese na rozdíl od pacientů, kteří jiným onemocněním netrpí. Tyto výsledky se vztahují k hypotéze H6(A): „Existují statisticky významné rozdíly v emočním prožívání, depresi, úzkosti, hněvivosti a alexithymii u pacientů trpících jiným onemocněním a pacientů bez jiného onemocnění.“ H6(0) může být zamítnuta. Zároveň tato zjištění korespondují s předchozím trendem pacientů s diabetem, kde se sice



signifikantní rozdíly neprokázaly, ale graf středních hodnot má u negativního emočního rozpoložení, deprese a úzkosti podobný průběh jako u pacientů uvádějících jiné onemocnění. Pacienti s jiným onemocněním vykazují nižší míru hněvivosti, zároveň ale více potlačují hněv oproti pacientům bez dalšího onemocnění. U pozitivních emocí a alexithymie jsou střední hodnoty skóru srovnatelné. Že jsou pacienti s dalšími zdravotními komplikacemi depresivnější, než pacienti bez nich, není překvapivé z mnoha důvodů. Některé somatické příznaky nemoci se ztotožňují s příznaky deprese (např. nespavost, nechutenství, ztráta sexuálního libida apod.) Další zdravotní komplikace, jež narůstají s přibývajícím věkem, zákonitě ovlivňují rozvoj deprese, která také v tomto výzkumném souboru s věkem vzrůstá. Zdravotní komplikace a jiná onemocnění jsou také jedním z hlavních důvodů, proč je zájemcům o náhradní ledvinový štěp nedoporučena nebo přímo odmítnuta transplantace, což může pochopitelně také podpořit rozvoj depresivních příznaků.

**Graf 7: Rozdíly ve středních hodnotách emočního prožívání mezi jedinci, kteří trpí jiným onemocněním a kteří jím netrpí**



(proměnná POTLAČ skóruje obráceně)

Vzhledem k hypotéze H7(A): „Existuje signifikantní vztah mezi věkem a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie ve vybraném výzkumném souboru.“ se prokázal signifikantní vztah mezi věkem respondentů a depresí, která s touto

proměnnou koreluje pozitivně, tzn. s vyšším věkem narůstá míra deprese. Mohu zamítnout H7(0). Obecně je známo, že prevalence deprese u lidí ve vyšším věku stoupá, ve věku 70-85 let se výskyt deprese zdvojnásobuje. Mírnou depresí trpí až 40% seniorů, těžkou depresí 15% z této populace (Češková, 2007). Nárůst depresivních symptomů u starších jedinců výzkumného souboru může souviset i s rozvojem různých somatických obtíží, které zahrnují již zmíněné somatické příznaky deprese. Díky tomuto jevu je samotná diagnostika deprese u starších lidí problematičtější a je proto nutné k jejím specifikům přihlížet.

Další korelační analýza zkoumala souvislost mezi proměnnými emočního prožívání a počtem členů sdílejících domácnost. Mezi vybranými proměnnými se ale nenašel žádný statisticky významný vztah. Hypotézu H8(A): „*Existuje signifikantní vztah mezi počtem členů domácnosti a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie.*“ musím na základě těchto výsledků zamítnout. Přijímám tedy H8(0). Mezi zkoumanými vztahy se objevil jeden, který se 5% hladině významnosti blížil, jednalo se o negativní korelaci mezi počtem členů sdílejících domácnost a úzkostí (0,08) viz tab. 24. Vrstující počet členů sdílejících domácnost může mít dle naznačeného trendu ve výzkumném souboru protektivní vliv vůči úzkosti. Naopak lidé, kteří žijí sami, mohou být k úzkosti více náchylní v porovnání s těmi, kteří sami nebydlí. Sociální opora je považována za protektivní faktor vůči úzkosti a její pozitivní vliv prokazují i některé studie (např. Menzies, 1960; Ježorská, Hrtůsová, Černá & Chrástina, 2013).

Nakonec ani H9(A): „*Existuje signifikantní vztah mezi dobou trvání hemodialýzy a emočním prožíváním, mírou deprese, úzkosti, hněvivosti a alexithymie ve vybraném výzkumném souboru.*“ nemohla být potvrzena, přijímám H9(0). Zjištěné korelační vztahy mezi proměnnými emočního prožívání a dobou trvání léčby HD nejsou signifikantní. Tento výsledek považuji za zajímavý, protože naznačuje, že doba trvání léčby HD významně neovlivňuje emoční prožívání výzkumného souboru u žádné ze sledovaných proměnných na rozdíl od vlivu čekání na TP ledviny nebo jiného onemocnění. Předpokládala jsem odlišné emoční prožívání u jedinců, kteří jsou na HD kratší dobu oproti těm, kteří touto léčbou procházejí delší dobu. Např. z důvodu adaptace na náročný léčebný proces, který s sebou přináší významné životní změny, zvýšená úzkost nebo i hněvivost by mohla být přirozenou emocí u jedinců, kteří jsou kratší dobu na HD. Naopak deprese nebo alexithymie by mohly být častější u jedinců, kteří jsou na HD delší dobu. Tento vztahový trend mezi proměnnými se ale v mém výzkumném souboru neobjevil.

Korelační vztahy, které se objevily mezi jednotlivými proměnnými emočního prožívání bych chtěla jen stručně shrnout, protože je považuji za logické nebo proto, že se jim věnovala již řada jiných studií. Prokázal se pozitivní významný vztah mezi negativním emočním prožíváním a depresí, úzkostí, hněvivostí a alexithymií (a faktory TAS obtížnost identifikovat emoce, obtížnost popisovat emoce). Za zajímavé zde považuji, že faktor TAS externě orientované myšlení ve výzkumném souboru s negativním emočním prožíváním pozitivně vůbec nekoreluje na rozdíl od ostatních faktorů TAS. Hněvivost zde koreluje pouze pozitivně s negativním emočním prožíváním, s potlačením hněvu a s obtížností identifikovat emoce. Proměnná potlačení emocí má pozitivní vztah ještě s alexithymií a s faktory obtížnost identifikovat emoce a obtížnost popisovat emoce. Tyto vztahy naznačují, že potlačení hněvu souvisí s obtížností jeho identifikace a deskripce. Alexithymie tedy může být jak příčinou potlačení hněvu, tak důsledkem jeho potlačování, tento „příčinný vztah“ ale vybrané metody analýzy dat neobjasňují. Alexithymie ukazuje významné vztahy mezi všemi zkoumanými proměnnými kromě hněvivosti.

## **5.8. Diskuze**

K závěrečné diskuzi provedeného výzkumného šetření je třeba shrnout, k jakým významným zjištěním se podařilo dojít, co se naopak nepotvrdilo a v čem jsou přínosy popř. limity výzkumu. Výzkumný soubor byl získán nenáhodně, a proto jej nelze považovat za reprezentativní, výzkumná zjištění tak není možno generalizovat na celkovou populaci pacientů s CHRS léčených HD. Další problém, který mohl vzniknout v průběhu získávání dat, je zkreslení odpovědí respondentů, kteří vlivem sociální desiderability mohli odpovídat na některé položky tak, aby zapůsobili lepším dojmem (u proměnné hněvivost jsem tuto tendenci vnímala nejvíce). Mojí snahou bylo toto riziko snížit zdůrazněním anonymity oslovených respondentů. Přesto ale vlivem způsobu sběru dat, který úplnou anonymitu zajistit nemohl, mohlo docházet k neupřímnosti v odpovědích s větším rizikem než u běžné administrace dotazníků, kdy je respondent vyplňuje samostatně. Účast na výzkumu byla dobrovolná, ale podmíněna úrovní mentální kapacity respondentů zodpovědět položky testové baterie, čímž mohlo dojít k eliminaci části vzorku populace pacientů s CHRS (např. pacienti s pokročilou kognitivní deteriorizací, pacienti odmítající nebo nespolutracující, pacienti výrazně introvertní nebo pacienti, jejichž zdravotní stav jim neumožňoval účastnit se výzkumu apod.). Dalším limitem výzkumného šetření je použití neparametrických metod ve statistickém

zpracování dat, tyto metody totiž neposkytují tak přesné výsledky jako metody parametrické (t-testy a Pearsonův korelační koeficient).

Na základě statistické analýzy dat se ukázalo, že v měření emočního prožívání metodou DEP36 mají respondenti průměrně v dimenzi negativního emočního prožívání (59,6) vyšší skóre než v dimenzi pozitivního emočního prožívání (50,8). Výsledek považuji za odpovídající vzhledem k závažnosti onemocnění, jeho prognóze - roční mortalita 20–25 % (Evans, Fryzek & Elinder, 2005), náročnosti léčby, vysoké komorbiditě a dalším přidruženým nežádoucím jevům souvisejícím s životní situací pacienta s CHRS. Mezi muži a ženami výzkumného souboru nebyly zjištěny žádné signifikantní rozdíly v proměnných emočního prožívání. Přesto se ukázal trend, kdy ženy výše skórovaly u obou dimenzí emočního prožívání, také u deprese a úzkosti, ne však na statisticky významné hladině. Při vyšším počtu respondentů by bylo možné použít citlivější parametrické metody a tento trend by se možná projevil i významněji. K této úvaze směřují výzkumy, které rozdíly mezi muži a ženami v depresi nebo úzkosti prokázaly. Sekota, Gurlich, Maruna, Páv a Uhlíková (2005), kteří studovali pacienty s nádorem trávicího traktu, zjistili, že ženy skórují v depresi a úzkosti signifikantně výše. K podobným výsledkům došly i další zahraniční studie (Moser, Dracup, McKinley, Yamasaki, Kim a kol, 2003; Di Marco, Verga, Reggente, Casanova, Santus, 2006)

Míra deprese měřená nástrojem SDS se ve výzkumném souboru průměrně vyskytuje v pásmu lehké deprese s minimálními příznaky (SDS INDEX=51). Prevalence středně těžké až těžké deprese u pacientů výzkumného souboru je 22,7%, což je údaj, který se téměř shoduje s výsledkem studie (Palmer, Vecchio, Craig, Tonelli, Johnson et al., 2013), kde vyšla prevalence deprese u pacientů v konečném stádiu selhání ledvin 22,8%. Pokud bych ale do této prevalence zahrnula i pacienty s příznaky lehké deprese, bylo by toto číslo mnohem vyšší (56,1%). Takto vysoký skóre deprese mohl být způsoben volbou metody měření. SDS (viz přílohy) obsahuje poměrně velký počet položek, které popisují somatické příznaky (7 z 20 položek), u kterých respondenti nemuseli skórovat kvůli depresi, ale z důvodu zdravotních obtíží, které u nich primárně vyvolává jejich somatické onemocnění. Dalším důvodem proč výzkumný soubor skóroval v depresi poměrně vysoko, mohl být průměrný věk respondentů (67 let). Lidé v seniorském věku často nemohou říci, že „*zvládnou totéž, co dříve*“ nebo že „*sexuální život a myšlenky na něj jim stále činí potěšení*“, „někdy také „*mívají obtíže se spaním*“ nebo „*nejedí stejné množství jídla jako dříve*“, kvůli tomu nebo pro to ještě nemusí být depresivní. Na druhou stranu lidé v pozdějším věku mají vyšší prevalenci deprese oproti

jedincům mladším, což potvrzuje řada výzkumů. Např. Murrell, Himmelfarb a Wright (1983) zjistili korelační vztah mezi věkem a depresí, ale také mezi onemocněním ledvin (CRD) a depresí. V mém výzkumném souboru se rovněž objevil korelační vztah deprese a věku.

Deprese se prokazatelně více projevovala u jedinců, kteří nečekají na TP ledviny oproti jedincům, kteří na ni čekají ve výzkumném souboru. Vysvětlením může být kromě naděje na vyšší kvalitu života u transplantovaných (viz Santos, 2011) také nižší věk a menší komorbidita u pacientů zařazených do transplantačního programu. Podobně tomu bylo i mezi pacienty trpícími jiným onemocněním, kteří v depresi skórovali statisticky významně výše, oproti pacientů bez jiného onemocnění. Jedním z důvodů pro nárůst deprese u pacientů s komorbiditu může být také vliv některých léků, jejichž množství s rozvojem dalších nemocí narůstá, a tím se zvyšuje i riziko jejich vedlejších účinků, které mohou vyvolávat příznaky podobné depresi (pacienti výzkumného souboru uváděli, že mají předepsané i různé druhy psychofarmak). Kromě deprese respondenti s jiným onemocněním také hodnotili významně negativněji jejich aktuální emoční rozpoložení, což může rovněž souviset s jejich fyzickým nepohodlím způsobeným dalšími zdravotními obtížemi. Komorbidita zhoršující chronické onemocnění může pochopitelně ovlivňovat nejen fyzický ale i psychický stav jedince, což potvrzují i některé studie. Např. Clarke a Currie (2009) ve své meta-analýze prokázali velmi silný vztah chronického onemocnění s depresí a úzkostí. Vztah, jehož kauzalita zde není sledována, ale může být i obrácený tzn. jedinci, kteří mají vyšší sklony k depresi a negativnímu emočnímu prožívání obecně mohou být také více náchylní k rozvoji dalších onemocnění (viz Katon, Lin & Kroenke, 2007). Toto je ale pouze nepodložená spekulace a pro její potvrzení by bylo třeba zrealizovat výzkum zjišťující kauzální vztah mezi komorbiditou a vybranými proměnnými emočního prožívání. Deprese také signifikantně korelovala s dalšími proměnnými emočního prožívání. Vztah deprese s úzkostí vysvětluje možný výskyt těchto duševních poruch jako vzájemných komorbidit např. Praško a Laňková (2006) popisují výskyt komorbidit deprese a úzkosti jako značnou komplikaci v léčbě pacienta.

V úzkosti (metoda STAI) výzkumný soubor průměrně skóroval těsně pod hranicí (38) pro stanovení klinicky významných příznaků úzkosti. Celkový počet pacientů, kteří tuto hranici překračují je ale poměrně vysoký 35,8%. Za hranicí, která stanovuje již závažné příznaky úzkosti (55), se nachází 7,5% pacientů výzkumného souboru. K porovnání např. ve výzkumu u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu od autorů Sekot, Gurlich, Maruna, Páv a

Uhlíková (2005) bylo zjištěno, že 29% pacientů (N=14) vykazuje závažnější úzkostné i depresivní příznaky. Muži a ženy výzkumného souboru se v míře úzkosti významně nelišily na rozdíl od výzkumu (Moser, Dracup, McKinley, Yamasaki, Kim et al., 2003), kde zjišťovali rozdíly u úzkosti mezi muži a ženami souboru, kteří prodělali akutní infarkt myokardu a kde ženy v úzkosti skórovali statisticky významně výše než muži.

U metody měření hněvivosti (ŠHaN) pacienti výzkumného souboru skórovali průměrně 22, což je vzhledem k bodovému rozpětí dotazníku (15-60) hodnota méně než průměrná. Metoda ŠHaN i její originální zahraniční verze STAS jsou poměrně málo užívány a existuje jen málo studií, které by tuto metodu aplikovaly. Turecká studie (Lapa, Aksoy, Certel, Çalişkan, Ali Özçelik & Çelik, 2013) použila přeloženou verzi STAS pro zjištění rysu hněvivosti u sportovců, jejich průměrný skóre byl v tomto dotazníku 23. U nás byla metoda ŠHaN použita ve výzkumu (Kebza, 2012) u somatických pacientů, kde bylo zjištěno, že některé faktory hněvivosti mohou mít vztah nebo ovlivňovat vznik kardiovaskulárních onemocnění. Poměrně vysoký počet pacientů (N=22) výzkumného souboru uvádělo, že kardiovaskulárním onemocněním trpí. Pacienti s jiným onemocněním a bez jiného onemocnění se ale v tomto výzkumu v hněvivosti významně neodlišují. Hněvivost vnímám více jako maskulinní vlastnost, na základě toho jsem i předpokládala, že mezi muži a ženami budou rozdíly v tomto rysu. Muži a ženy výzkumného souboru se ale mezi sebou významně nelišili. Existují ale i další výzkumy, které neprokazují rozdíly mezi muži a ženami v hněvivosti (např. Thomas & Williams, 1991). Hněvivost také prokázala nejméně významných vztahů s ostatními proměnnými, korelovala pouze pozitivně s negativním emočním prožíváním a potlačením hněvu, což znamená, že u vyšší hněvivosti je nižší tendence k potlačení hněvu (obrácený skóre). Důvodem, proč výzkumný soubor skóroval nízko v metodě ŠHaN, může být vliv sociální desiderability související se snadným odhalením toho, co škála měří. Bohužel výběr metod na měření hněvu či hněvivosti je u nás velmi omezený, metoda ŠHaN byla jediná, která se mi podařila dohledat a získat v českém překladu. Pro příští výzkumy dané problematiky by bylo vhodné přeložit např. STAXI, který je v zahraničí více užíván.

Nakonec u proměnné alexithymie (TAS) výzkumný soubor průměrně skóroval na hranici pro stanovení možných příznaků alexithymie (51). Jedinců, kteří skórovali za hranicí (61) pro stanovení výskytu alexithymie, bylo 21,2%. Výzkum (Messina, Fogliani, 2011) u pacientů s rakovinou (N=37) ukázal výskyt alexithymie (s použitím metody TAS) dokonce 34,2%. Alexithymie koreluje s dalšími proměnnými emočního prožívání. Za zajímavé považuji

vztahy s depresí a úzkostí. Studie autorů Bamonti, Heisel, Topciu, Franus & Talbot a kol. (2010) rovněž prokázala vztah mezi alexithymií a depresivními symptomy. Souvislost mezi závažností symptomů alexithymie a deprese může znesnadňovat rozpoznání a popsání negativních emocí, které pacient prožívá a tím i následně zpozdit včasnou intervenci či zahájení terapie. V tomto výzkumu se neprokázaly signifikantní rozdíly mezi muži a ženami. Výzkum autorů Wester, Vogel, Pressly a Heesacker (2002) ukázal genderové rozdíly v alexithymii s vyšším průměrným skórem u mužů než u žen. Výzkum univerzity v Nevadě (Leo, Terry, Bedoy, Ladrazo & Barchard, 2014) zjistil signifikantní rozdíly mezi muži a ženami pouze u faktoru externě orientovaného myšlení (F3). Muži tento faktor hodnotili signifikantně výše.

## ZÁVĚR

Záměrem mé diplomové práce bylo podat přehled vybraných teoretických východisek problematiky emočního prožívání u pacientů s CHRS, dále pak předložit výsledky empirického šetření realizovaného u výzkumného souboru pacientů docházejících na HD a nakonec tyto výsledky interpretovat. Teoretická část práce se skládá ze čtyř kapitol, které zahrnují medicínský a především psychologický teoretický podklad pro zkoumání emočního prožívání u chronicky nemocných pacientů. Nejdříve shrnuje medicínskou problematiku CHRS, dále se zabývá vyrovnáváním se s nemocí, poskytuje definice a teorie vzniku emocí a na závěr vymezuje problematiku emočního prožívání nemoci, kde je zahrnuta deprese, úzkost, hněv a alexithymie. Snahou výzkumné části práce pak bylo změřit tyto vybrané proměnné emočního prožívání u pacientů s CHRS, statisticky je zanalyzovat a zjistit, zda se mezi nimi u vybraného výzkumného souboru vyskytují vztahy, a zároveň ověřit existenci rozdílů uvnitř výzkumného souboru dle stanovených kritérií. Do výzkumného souboru se podařilo získat celkem 68 pacientů (zpracována byla od 66 respondentů) ze 4 dialyzačních středisek v České republice.

Zkoumanými proměnnými bylo emoční prožívání měřené metodou DEP36 od Koženého, která měří dimenze pozitivních a negativních emocí. Metoda, která byla zatím použita pouze pro experimentální účely a nemá doposud stanovené normy, měla za úkol zjistit, jaké emoční prožívání převažuje u pacientů s CHRS. Pro zjištění další zkoumané proměnné deprese byla použita Zungova sebesposuzovací stupnice deprese (SDS), která je vedle BDI jednou z nejužívanějších metod měření deprese i v oblasti somaticky nemocných pacientů. SDS měří míru deprese na základě výše celkového skóru položek. Deprese byla vybrána z důvodu vysoké frekvence jejího výskytu u chronicky nemocných. Úzkost jako jedna z dalších proměnných byla zjišťována pomocí známé Spielbergerovy metody Škála měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI), u které byla zvolena pouze subškála měřící úzkost jako emoční stav. Podobně jako u deprese je úzkost často zmiňovaným problémem u pacientů s chronickým onemocněním. Mezi sledované proměnné byl zahrnut hněv, přesněji hněvivost, která byla měřena nástrojem Škála hněvivosti a nahněvanosti (ŠHaN), českým ekvivalentem metody STAS (Spielberger). Hněv je emocí spojenou s hypertenzí nebo obecně s kardiovaskulárními nemocemi, v kontextu pacientů s CHRS u nás zatím sledován nebyl (nepodařilo se dohledat). Protože jsou kardiovaskulární onemocnění častou komorbiditou CHRS, rozhodla jsem se proměnnou hněvivosti ve výzkumném souboru také sledovat.



Poslední sledovanou proměnnou u výzkumného souboru se stala alexithymie, hraniční konstrukt psychosomatické medicíny, jejíž souvislost s chronickým somatickým onemocněním byla výzkumnými studiemi v této oblasti již prokázána, ne však u českých pacientů.

Do shrnutí výsledků výzkumného šetření zařazuji jen ta zjištění, která vzhledem ke zkoumané problematice považuji za významná. Mezi muži (34) a ženami (32) se neprokázaly signifikantní rozdíly, přesto se projevil trend žen vykazovat vyšší míru negativních i pozitivních emocí, deprese a úzkosti. Muži zase naopak vycházeli výše u proměnné hněvivosti. Pro potvrzení signifikantní hladiny významnosti těchto rozdílů by mohlo být přínosem získat větší vzorek pacientů s CHRS. Pacienti čekající na transplantaci ledviny byli signifikantně méně depresivní, než pacienti, kteří na TP ledviny nečekají. U ostatních proměnných emočního prožívání se tyto významné rozdíly neprokázaly. Mezi pacienty transplantovanými a netransplantovanými se signifikantní rozdíly rovněž neobjevily, naznačen byl pouze jistý trend transplantovaných, kteří se opět vrátili na HD, skórovat výše v negativním emočním prožívání, depresi, úzkosti i alexithymii. Mezi pacienty s diabetem a bez diabetu se neprokázaly signifikantní rozdíly. Pacienti s diabetem ale více inklinovali k negativnímu emočnímu prožívání, depresi, úzkosti i hněvivosti. Pacienti, kteří trpí ještě jiným onemocněním než CHRS a diabetem, byli významně depresivnější a jejich aktuální emoční rozpoložení hodnotili signifikantně negativněji. U deprese se prokázal významný pozitivní vztah s věkem pacientů, tzn. s vyšším věkem narůstá míra deprese. V závislosti s délkou trvání HD se ale žádný významný vztah s vybranými proměnnými neprojevil. Zajímavá by mohla být realizace longitudinální studie, která by sledovala proměnu emočního prožívání pacientů na HD v čase.

Realizací výzkumného šetření a následnou analýzou získaných dat se podařilo zodpovědět předem stanovené výzkumné otázky. Bylo zjištěno, jaké je emoční prožívání pacientů výzkumného souboru na základě vybraných proměnných. Ukázaly se statisticky významné rozdíly v souboru i signifikantní korelační vztahy (pozitivní i negativní) u vybraných proměnných. Přes snahu zmapovat co nejvíce proměnných, které se mohou podílet na emočním prožívání pacientů s CHRS (délka trvání léčby, prodělání TP, výskyt dalších onemocnění apod.) jsem si vědoma, že faktorů, které ovlivňují emoční složku nemocného je daleko více. Proto se nabízí možnost zkoumat tuto problematiku kvalitativně v rámci klinické praxe. Vzhledem k tomu, že se dle naměřených hodnot mezi pacienty výzkumného souboru

vykytovalo poměrně vysoké procento pacientů s příznaky deprese (ZDS-56%), úzkosti (STAI-35,8%) i alexithymie (TAS-21,2%), vnímám za nutné těmto pacientům věnovat větší pozornost a poskytnout jim emoční podporu ze strany lékařů, zdravotních sester a ideálně klinického psychologa na daném pracovišti, pokud je přítomen.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Álvarez-Ude, F., Galán, P., Vicente, E., Álamo, C., Fernández R., M. J., & Badía, X. (2001). Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la enfermedad renal). *Nefrología*, 17(6), 486-496.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, C.A., Deuser, W.E., DeNeve, K. (1995). Hot temperatures, hostile affect, hostile cognition, and arousal: Tests of a general model of affective aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 434-448.

Ayers, S., de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: GradaPublishing.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bamonti, P.M., Heisel, M.J., Topicu, R.A., Franus, N., & Talbot, N.L. (2010). Association of alexithymia and depression symptom severity in adults 50 years of age and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1). 51–56.

Barefoot J.C., Dodge K.A, Peterson B.L, Dahlstrom W.G, &Williams R.B. (1989). The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51(1), 46-57.

Bareš, M., Kopeček, M. (2006). Úvod do biologické léčby rezistentní depresivní poruchy. *Psychiatrie pro Praxi*, (6), 276–280.

Barros de Azevedo, F., Wang, J-P., Carvalho Goulart, A., Andrade Lotufo, P., & Martins Benseñor, I. (2010). Application of the Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory in clinical patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(2), 231-234.

Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

- Beck A. T. (1967). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: *University of Pennsylvania Press*, 333-335.
- Bočková, M. (2011). Nemotorické škály u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*, 12 (Suppl. G), 28–31.
- Bower, G. H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36 (2), 129-148.
- Burns, J.W., Bruehl, S. & Quartana, P.J. (2006). Anger Management Style and Hostility Among Patients With Chronic Pain: Effects on Symptom-Specific Physiological Reactivity During Anger- and Sadness- Recall Interviews. *Psychosomatic Medicine*, 68, 786–793.
- Cacioppo, J.T., Berntson, G.G., Larsen, J.T., Poehlmann, K.M., & Ito, T.A. (2001). The psychophysiology of emotion. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of Emotions*. New York: The Guilford Press.
- Campo, A. (1998). Trastornos depresivos en pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Acta Médica Colombiana*, 23 (2), 58-61.
- Celikel, F.C. & Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of General Psychiatry*, 5(13), 1-5.
- Clarke, D.M. & Currie, K.C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190 (7), 54-60.
- Coloma, RA., Raventos, EP. & Calderón CE. (2009). *Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: la creatividad para combatirlas*. Malaga: Fresenius medical care el consul.
- Cox, B.J., Kuch, K., Parker, J.D.A., Shulman, I.D. & Evans, R.J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (6), 523-527.
- Cukora, D., Friendama, S., Newvilleho, H., & Petersona, R. A. (2008). Anxiety Disorders in Adults Treated by Hemodialysis: A Single-Center Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1), 128-136.

- Češková, E. (2001). Afektivní poruchy. In Raboch, J., Zvolský, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Češková, E. (2007). *Deprese ve vyšším věku a suicidalita*. *Česká geriatrická revue*, 5(4), 228-233.
- Deshields, T.L, Jenkins, J.O, & Tait, R.C. (1989). The experience of anger in chronic illness: a preliminary investigation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19(3), 299-309.
- Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Casanova, F.M., Santus, P. et al. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine*, 100(10), 1767–1774.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá J. (Eds.). (2014). *Protektivní a rizikové osobností rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
- Edelmann, R., J. (2000). *Psychosocial Aspects of the Health Care Process*. Harlow: Prentice Hall, Pearson Education Limited.
- Ekman, P. (2015). *Odhalené emoce*. Brno: Jan Melvil publishing.
- Ekman, P., & Rosenberg, E. L. (2005). *What the Face Reveals*. Oxford: Oxford University Press.
- Evans, M., Fryzek, J. P., Elinder, C-G., Cohen, S.S., McLaughlin, J.K. et al.. (2005). The Natural History of Chronic Renal Failure: Results From an Unselected, Population-Based, Inception Cohort in Sweden. *American Journal of Kidney Diseases*, 46(5), 863–870.
- Evans, M., Fryzek, J. P., Elinder, C-G. et al. (2005). The Natural History of Chronic Renal Failure: Results from an Unselected, Population-based, Inception Cohort in Sweden. *American Journal of Kidney Diseases*, 46, 863–870.
- Faleide Asbjorn O., Lian Lilleba B., & Faleide Eyolf K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.

- Fügner, D. (2001). Nykturie. *Urologie v praxi*, 01(02),6-8,
- Gainotti, G. (1972). Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex*, 8, 51–55.
- García, H. & Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes no tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18 (001), 5-15.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, (23), 56-62.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Himmelfarb, J., & Ikizler, T. A. (2010). Hemodialysis. *New England Journal of Medicine*, 363(19), 1833-1845.
- Ježorská, Š., Hrtůsová, T., Černá, M., & Chrástina, J. (2013). Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví Social support as supporting factor of mental health. *Profese online*, 6 (1). 17-22.
- Jobánková, M. (1992). *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDVZ.
- Julian, L.J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research, American College of Rheumatology*, 63 (S11), S467–S472.
- Kahneman, D. (2012). *Myšlení, rychlé a pomalé*. Brno: Jan Melvil Publishing.
- Karaminia, R., Tavallaii, A.S., Lorgard-Dezfuli-Nejad, M., Moghani Lankarani, M., Hadavand Mirzaie, H. et al. (2007). *Transplantation Proceedings*, 39, 1082–1084.
- Katon, W., Lin, E.H.B., & Kroenke, K. (2007). The Association of Depression and Anxiety with Medical Symptom Burden in Patients with Chronic Medical Illness. *General Hospital Psychiatry*, 29 (02). 147–155.
- Kebza, V. (2012). Vybrané psychosociální a behaviorální proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. In Selko, D. (Ed.). *Zborník príspevkov z 5. konferencie psychologie zdravia*, (nedatováno). Bratislava: Business.Intelligence Club, o.z./Prohuman.

- Kelnarová, J., & Matějková, J. (2014). *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotních oborů*. Praha: Graha Publishing.
- Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-1033.
- Kerr, L.K., & Kerr, L.D. (2001). Screening tools for depression in primary care: The effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. *Western Journal of Medicine*, 175(5), 349–352.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L. et al. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093–2098.
- Kožený, J. (1993). Dotazník emocionálního prožívání (DEP 36). Explorační a konfirmační analýza. *Československá Psychologie*, 6, 523-533.
- Kryl, M. (2001). Deprese v somatické medicíně. *Psychiatrie*, 11(14), 4-8.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On Grief and Grieving*. New York: Scribner.
- Landreneau, K., Lee, K., & Landreneau, M. D. (2010). Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Renal Transplantation - a Meta-analytic Review. *Nephrology Nursing Journal*, 37(1), 37-44.
- Lane, R. (2008). Neural Substrates of Implicit and Explicit Emotional Processes: A Unifying Framework for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 70, 214–231.
- Lapa, T. Y., Aksoy, D., Certel, Z., Çalışkan, E., Özçelik, M. A., & Çelik, G. (2013). Evaluation of trait anger and anger expression in taekwondo athletes in relation to gender and success. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 93, 1976 – 1979.
- Lazarus, R. S. (1984). On the Primacy of Cognition. *American Psychologist*. *American Psychological Association*, 39 (2), 124-129.

- Levant, R.F., Hall, R.J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender Differences in Alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203.
- Levenson, J.L., & Glochesky, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage disease. *Psychosomatics*, 32, 382-389.
- Levine, L.J. & Burgess, S.L. (1997) Beyond general arousal: Effects of specific emotions on memory. *Social Cognition*, 15, (3), 157–181.
- Lewis, K. S. (1998). Emotional adjustment to a chronic illness. *Lippincott's Primary Care Practice*, 2(1), 38-51.
- Mareš, J., & Vachková, E. (2010). *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD.
- McLean, C.P., Asnaani, A., Litz, B.T., & Hofmann S.G. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (8), 1027-1055.
- Menzies, I. E. P. (1960) A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations*, 13(2), 95-121.
- Messina, A., Fogliani, A.M., Paradiso, S. (2011). Alexithymia in oncologic disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Annals of Clinical Psychiatry*, (23), 125–130.
- Mills, H. (2005). *Psychology Of Anger*. [online]. In *MentalHelp.net*. [citované 16.10.2015]. Dostupné z WWW: <https://www.mentalhelp.net/articles/psychology-of-anger/>.
- Morales, E., Gutiérrez, E., Hernández, A. et al. (2015). Preemptive kidney transplantation in elderly recipients with kidneys discarded of very old donors: A good alternativ. *Nefrologia*, 35(3), 246–255.
- Moser, D.K., Dracup, K., McKinley, S., Yamasaki, K., Kim C-J. et al. (2003). An International Perspective on Gender Differences in Anxiety Early After Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 65, 511–516.



- Muehrer, R.J, Becker, B.N. (2005). Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 124-31.
- Müllner, J., Šebej, F., & Farkaš, G. (1983). *Škály na meranie hnevливosti a nahnevanosti ŠHaN (príručka)*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Murrell, SA., Himmelfarb, S. & Wright, K. (1983). Prevalence of Depression and Its Correlates in Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 117 (2), 173-185.
- Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Praha: Akademia.
- Noack, H. (1998). Measuring health behaviour and health: towards new health promotion indicators. *Health promotion*, 3(1), 5-11.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. New York: Open University Press.
- Páez, A. E., Jofré, J. M., Azpiroz, C. R., & De Bortoli M. A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*. Bogotá, Colombia, 8(1), 117-124.
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J., Tonelli, M., Johnson, DV. et al. (2013). Prevalence of Depression in Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-analysis of observational Studies. *Kidney International*, 84, 179–191.
- Praško, J., & Laňková, J. (2006). *Úzkostné poruchy - Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *Elektornický časopis ČMPS*, 3 (3). 34-45.
- Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Reynolds, F. (1997) Coping with chronic illness and disability through creative needlecraft. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(8), 352- 356.
- Roth, J., Preiss, M., Uhrová, T. (1999). *Deprese v neurologické praxi. Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory*. Praha: Glos Semily.
- Rychlík, I., & Lopot, F. (2014). *Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2014*. Praha: Česká nefrologická společnost a ProDos.
- Ryšavá, R., & Brejník, P. (2011). *Základy nefrologie*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
- Řehořová, J., Štěpánková, S., & Ševčík, J. (2010). Spolupráce praktického lékaře se specialistou v péči o nemocné na dialýze. *Medicína pro praxi*, 7(6 a 7), 263–267.
- Santos, P. R. (2011). Comparison of Quality of Life Between Hemodialysis Patients Waiting and not Waiting for Kidney Transplant from a Poor Region of Brazil. *Journal Brasileiro Nefrologia*, 33(2), 166-172.
- Sekot, M., Gurlich, R., Maruna, P., Páv, M., & Uhlíková, P. (2005). Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 101 (5), 252–257.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Scherer, K. R. (1995). Plato's legacy: Relationships between cognition, emotion, and motivation. *Geneva Studies in Emotion and Communication*, 9, 1–7.
- Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, Ch. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. USA: Consulting Psychologists Press.

- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Suchy, J. (2011). *Clinical neuropsychology of emotion*. New York: The Guilford Press.
- Svoboda, M. (1999). Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál.
- Štěpánková, S., Šurel, S., & Řehořová, J. (2008). Chronická renální insuficience společným pohledem praktického lékaře a nefrologa. *Medicina pro praxi*, 5(3). 98–100.
- Švancara, J. (2003). *Emoce, motivace, volní procesy*. Brno: Psychologický ústav FF MU.
- TenHouten, W. D., Walter, D. O., Hoppe, K. D., & Bogen, J. E. (1988). Alexithymia and the splitbrain VI. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 317–329.
- Teplan, V. (1998). Praktická nefrologie. Praha: Grada Publishing.
- Teplan, V. et kol. (2006). *Praktická nefrologie 2*. Praha: Grada Publishing.
- Teplan, V., & Mengerová, O. (1997). *Choroby ledvin a močových cest – Dieta a rady lékaře*. Hradec Králové: Dieta.
- Tesař, V. et al. (2003a). *Nefrologie*. Praha: Galén.
- Tesař, V. (2003b). Kardiovaskulární komplikace u pacientů s chronickým selháním ledvin. [online]. In *Postgraduální medicína*, 9. [citované 20.8.2015]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/chronicke-selhani-ledvin-vyskyt-a-lecba-158499>
- Tesař, V. (2006). Jaká je prognóza pacientů s těžkou chronickou renální insuficiencí?. *Postgraduální nefrologie*, 4 (2), 22-23. (komentovaná studie).
- Tesař, V., & Schück, O. et al. (2006). *Klinická nefrologie*. Praha: Grada Publishing.
- Thomas, SP., Williams, RL. (1991). Perceived Stress, Trait Anger, Modes of Anger Expression, And Health Status of College Men and Women. *Nursing Research*, 40(5), 303-307.

- Točík, J. (2001). Transplantace ledvin. [online]. In *Stěžeň*, 3. [citované 1.9.2015]. Dostupné z WWW: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2001/03/2001\\_3\\_08.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2001/03/2001_3_08.html)
- Turner, J., & Brian, K. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124–128.
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124–128.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vachek, J., Zakiyanov, J., & Tesař, V. (2012). Chronické onemocnění ledvin. *Interní Medicína*; 14(3), 107–110.
- Válek, A. et al. (1982). *Život s umělou ledvinou*. Praha: Avicenum.
- Vingerhoets, A., Nyklíček, I., & Denoet, J. (2008). *Emotional Regulation: Conceptual and Clinical Issues*. Springer: New York.
- Waiser, J., Budde, K. & Schreiber, M. (1998). The quality of life in end-stage renal disease care. *Transplantation International*, 11, 542-545.
- Walser, M., & Thorpe, B. (2004). *Coping with Kidney Disease*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Weisbord, S. S., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M. J., Levenson, D. J. et al. (2005). Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. *Journal of American Society of Nephrology*, 16, 2487–2494.
- Wester, S. R., Vogel, D. L., Pressly, P. K., & Heesacker, M. (2002). Sex Differences in Emotion. *The Counseling Psychologist*, 30, 630 – 652.
- Yáñez-Mó, M., Lara-Pezzi, E., Selgas, R., Ramírez-Huesca, M., Domínguez-Jiménez, C., et al. (2003). Peritoneal Dialysis and Epithelial-to-Mesenchymal Transition of mesothelial Cells. *The New England Journal of Medicine*, 348(5), 403-413.

Zacharová, E., Hermanová M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing.

Zemková, P., & Jiráček, J. (2000). Klinika a terapie úzkosti ve stáří. [online]. In *Lékařské listy*, 9. [citováno 11.10.2015]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/klinika-a-terapie-uzkosti-ve-stari-126423>

Znojová, M. (2004). Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa. [online]. In *Stěžeň*, 15, 3, 9-17. [citované 25.10.2015]. Dostupné z WWW: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2004/03/2004\\_3\\_06.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2004/03/2004_3_06.html)

Zung W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12, 371-379.

Zung, W.W.K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12 (1), 63-70.

#### **Internetové zdroje:**

American Psychological Association. (2015). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI). [online]. In *Apa.org*. [citované 11.10.2015]. Dostupné z WWW: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>.

CKTCH. (2009). Ischemická choroba srdeční. [online]. In *Cktch.cz*. [citované 10.8.2015]. Dostupné z WWW: <http://www.cktch.cz/index.php/pro-pacienty/uitene-informace/ischemicka-choroba-srdeni> .

Freedomtolive.com (2013). Peritoneal Dialysis - Answer to end-stage renal disease patients. [online]. In *Freedomtolive.com*. [citováno 12.11.2015] Dostupné z WWW: <http://www.freedomtolive.com.my/news-peritoneal-dialysis.html#.VI4HO3YveM8>.

IKEM, Klinická nefrologie (2012). Dialyzační program (hemodialýza, peritoneální dialýza). [online]. In *Ikem-nefrologie.cz*. [citované dle 20.10.2015]. Dostupné z WWW: <http://www.ikem-nefrologie.cz/cs/o-nas/co-u-nas-lecime/dialyzacni-program/>.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize). (2014). Duševní poruchy a poruchy chování. [online]. In *Uzis.cz*. [citované 14.11.2015; 20.11.2015]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> .

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize). (2014). Nemoci močové a pohlavní soustavy. [online]. In *Uzis.cz*. [citované 24.8.2015]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> .

Ledviny.cz. (2014). Strava a dieta. [on-line]. In *Ledviny.cz*. [17.11.2015]. Dostupné z WWW: <http://www.ledviny.cz/strava-a-dieta-koureni>.

Oficiální webové stránky 3. LF UK: Reakce na nemoc a úraz-psychické obranné mechanismy a následky jejich selhání. [on-line]. In *Old.lf3.cuni.cz*. [citováno 12.11.2015]. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html>.

Smržová, J. (neuvedeno). Transplantace ledviny. [online]. In *Nefrologie.eu*. [citované 23.8.2015]. Dostupné z WWW: [http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace\\_ledviny](http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=transplantace_ledviny) .

Velký lékařský slovník On-line. (2008). [online]. In *Lekarske.slovníky.cz*. [22.8.2015; 12.9.2015; 20.9. 2015]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/>.

WHO. (2015). The Zung Self-Rating Depression Scale. [online]. In *Who.int*. [citováno 30.8.2015]. Dostupné z WWW: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/zungdepressionscale/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/zungdepressionscale/en/).